Rok XLI. Kraków, 11 Stycznia 1902. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy Dworu Prof. Dr. H. Jordana w Krakowie.**

O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 czerwca 1901 r.).

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski

asystent kliniki.

Rozpoznanie ropienia i poszukiwanie za ropą, wychodzącą z części rodnych niewieścich, nie należy wcale do rzeczy łatwych. Już nawet przy ropieniach przebiegających ostro, mimo charakterystycznego zachowania się ciepłoty i całego stanu ogólnego, nie rzadko jesteśmy w kłopocie z oznaczeniem miejsca ropienia, jakkolwiek są nam znane rodzaj i tło zakażenia. O wiele więcej trudności sprawi nam rozpoznanie, a więc i szukanie ropienia przewlekłego. Tu czasami nawet dłuższe spostrzeganie chorej nie przysporzy odpowiednich wskazówek; nic też dziwnego, że tu i ówdzie operujemy, nie myśląc przed zabiegiem o możliwości ropienia gdziekolwiek w ustroju, a przypadkowe natrafienie na ropę w czasie zabiegu sprawi nam niemiłą niespodziankę.

Na rozpoznaniu ropnia, czy to występującego na tle zakażenia połogowego, czy też rzeżączkowego, zadanie lekarza jeszcze się nie kończy; rozpoznanie to jeszcze nie stanowi o postępowaniu ginekologa. Zasady *„ubi pus, ibi evacua"* nie zawsze możemy się trzymać, nawet w razie rozpoznania ropienia i możności zlokalizowania ogniska ropnego postępowanie nie zawsze będzie szablonowem, jednakiem, bo musimy mieć ciągle na oku szereg rozmaitych następstw pooperacyjnych, które ściśle przed zabiegiem zawsze musimy uwzględnić.

Każdy odcinek przewodu rodnego może uledz zakażeniu, z każdego punktu zakażenie może wyjść i w każdym się umiejscowić. Idąc kolejno w topografii narządów rodnych od dołu ku górze, wspomnę tylko o ropieniach w zakresie sromu, gdyż ich rozpoznanie i leczenie jest zwykle tak proste, że nie sprawia żadnych trudności. Ropnie przewlekłe sromu są najczęściej ropniami rzeżączkowymi, wychodzącymi z gruczołów Bartoliniego; dostają się też częściej do leczenia w ręce syfilodologów, a nie ginekologów. Z kolei przejdę do ropienia w pochwie. Tu rolę ważniejszą odgrywają nie ropienia powierzchowne, ograniczone do błony śluzowej, powstające w miejscach obrażeń porodowych, lub też w miejscach ucisku przez ciała obce, ale ropnie usadowione w tkance okołopochwowej. Mogą one znowu albo być wynikiem zakażenia połogowego, albo też mogą je wywołać leki żrące, wprowadzane najczęściej do pochwy w celu wywołania poronienia kryminalnego. Pierwsze, niezbyt częste, znane pod nazwą *paravaginitis suppurativa*, zwykle bywają ograniczone, do rozpoznania nie trudne, a do leczenia zupełnie jasne. Drugie, opisywane pod nazwą *perivaginitis dissecans*, prowadzą zwykle do rozległego obumarcia ścian pochwy, nierzadko do zupełnego oddzielenia się ich od podstawy i następowego zupełnego zbliznowacenia pochwy. Cierpienie to bywa nadzwyczaj rzadkiem, zaledwie w kilkunastu przypadkach w piśmiennictwie zaznaczone; nic też dziwnego, że podobnego przypadku w klinice krakowskiej w ostatnich 8 latach nie spostrzegaliśmy.

Natomiast przypadek *paravaginitis suppurativa* o przebiegu nadzwyczaj ciekawym przydarzył się w r. 1899, a dotyczył chorej *Z. W.*, l. 25 liczącej l. p. k. 59. Chorą tę przywieziono do kliniki z powodu przewlekającego się poronienia, z resztkami łożyska w macicy, silnie niedokrewną i gorączkującą. Natychmiast opróżniono macicę i przestrzykano w zwykły sposób. Pierwsze sześć dni połogu chora gorączkowała nieznacznie, poczem przez dalsze dziesięć dni pobytu w klinice ciepłota była zupełnie prawidłową, stan ogólny poprawił się zupełnie tak, że chora opuściła klinikę zdrowa, bez jakichkolwiek wybadalnych zmian w pochwie, macicy i jej otoczeniu. W trzy dni po opuszczeniu kliniki wystąpiła u chorej gorączka, a równocześnie powstał ból znaczny w okolicy kiszki odchodowej, wzmagający się przy każdem oddawaniu stolca. Badanie ginekologiczne wykazało wtedy świeży, rozległy, bardzo bolesny naciek między tylną ścianą pochwy, a przednią odbytnicy, w nacieku tym nie wykazano wprawdzie nigdzie chełbotania, a tylko stwierdzono miejsca miększe wśród nacieku. Po przeniesieniu chorej do kliniki nacięto tylną ścianę pochwy w kierunku strzałkowym, przyczem natrafiono na nieliczne drobne ogniska ropne. Po wypuszczeniu ropy ciepłota zaraz opadła i przebieg dalszy oczyszczania się i gojenia rany pochwowej był prawidłowy.

Ropienie macicy ostre przydarzać się może tak przy zakażeniu połogowem, jako też i po nieczysto dokonanych zabiegach; znane pod nazwą *metritis dissecans*, należy wszakże do zdarzeń rzadkich. W ciągu ostatnich lat 8-iu cierpienia tego w klinice krakowskiej nie spostrzegaliśmy. Również nie leczono u nas ropni przewlekłych, jakie przydarzają się na przykład przy zmianach gruźliczych. Natomiast leczono w klinice dwa przypadki ropienia kikuta macicy, pozostawionego po amputacyi w części nadpochwowej, które były w każdym razie bardzo nieprzyjemnem i poważnem powikłaniem pierwotnego zabiegu operacyjnego, a jednocześnie pouczały, że lepiej o ile możności ten rodzaj usunięcia macicy zastąpić doszczętnem wyłuszczeniem całego narządu.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej *K. K.*, liczącej l. 42 l. p. k. 125 z roku 1895, u której z powodu włókniaka dokonano amputacyi nadpochwowej macicy i zapuszczono kikut do jamy brzusznej. Operacya przebiegała zupełnie typowo. Przebieg pooperacyjny od początku był gorączkowy przez cały miesiąc, wytworzyła się bardzo nieznaczna wypocina, która jednakże sprawiała chorej znaczne dolegliwości. Przy używaniu środków wsysających ustąpiły dreszczyki, stan ogólny się nieco poprawił tak, że chora mogła opuścić klinikę. To względne uleczenie trwało bardzo krótko, gdyż wkrótce ponowiły się bóle o cha-

rakterze bólów napadowych, a o takiem nasileniu, że chora podczas bólów omdlewała; od czasu do czasu pojawiały się dreszczyki, wzniesienie ciepłoty wieczorne tak, że chora po dwóch miesiącach musiała powrócić do kliniki. Przebieg wskazywał na ognisko ropne w ustroju, ale początkowo nie przypuszczano nawet, żeby bardzo niewyraźne zmiany, jakie można było około kikuta wybadać, mogły być tem ogniskiem. Dopiero gdy dalsze spostrzeganie nie wykazało żadnych zmian ogólnych, a stan chorej z każdym dniem się pogarszał, postanowiono wydobyć kikut, co udało się bez znacznych trudności uskutecznić i wyjęto go wraz z podwiązkami; po wyjęciu kikuta wylało się kilka kropel ropy. Po tym zabiegu stan chorej odrazu zupełnie się zmienił i chora wkrótce opuściła klinikę zupełnie uleczona.

Drugi przypadek dotyczył chorej *L. S.*, liczącej l. 35, l. p. k. 138 z 1899 r., u której dokonano wyłuszczenia torbieli jajnikowych obustronnych i amputacyę nadpochwową z powodu włókniaków macicy. Przebieg pooperacyjny gorączkowy o typie przerywanym z wzniesieniami nieznacznemi. W 2 tygodnie dała się wybadać wypocina około kikuta, która szybko w następnym tygodniu się wzmagała tak, że z końcem tygodnia dochodziła na trzy palce powyżej spojenia, okazując w głębi chełbotanie. Po upływie następnych 5 dni ropień przebił się drogą szyjki macicznej i poczęła się przez pochwę wydobywać ropa. Wobec tego postanowiono dla ropy stworzyć łatwiejsze warunki odpływu i chciano początkowo ropień, umieszczony tuż za pęcherzem, otworzyć przez przednie sklepienie; zmieniona jednak znacznie topografia pęcherza i moczowodów nakazywała obawiać się zranienia pęcherza lub moczowodów, przeto odstąpiono od myśli pierwotnej i dotarto do ropnia drogą nacięcia według Bardenheura. Nie udało się jednakże tą drogą dotrzeć do ropy, poprzestano przeto na tamponadzie rany w tem przeświadczeniu, że ropa sama tą drogą przebije, co w rzeczywistości stwierdzono po sześciu dniach. Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy, ropa odpływała częścią drogą szyi, częścią drogą rany nad talerzem biodrowym i chora zupełnie została wyleczoną.

Każdy nowotwór macicy, gdy zostanie zakażony, może uledz zropieniu; do rzadkich jednakże zjawisk należy niejako samoistne zropienie włókniaków, które częściej, o ile będą ułożone podśluzowo, ulegają zgorzeli i rozpadowi.

Zropienie samoistne włókniaka spostrzegano u chorej *D. R.*, lat 58 liczącej, l. p. cz. 105 z r. 1899. Chora ta cierpiała od lat ośmiu na włókniaki macicy, które też urosły do znacznych rozmiarów, gdyż wielkością przypominały macicę ciężarną w końcu ciąży. Ponieważ włókniaki te powodowały tylko nieznaczne krwawienie, przeto chora zupełnie się nie leczyła. Na trzy tygodnie przed przybyciem do kliniki wystąpiły u niej dreszcze i gorączka przerywana, która utrzymywała się aż do przybycia chorej do kliniki. Przedmiotowo nie znaleziono wprawdzie nigdzie ogniska ropnego, ale domyślano się, że będzie ono we włókniakach, dlatego to mimo bardzo niekorzystnych warunków ze względu na stan ogólny chorej i pomimo bardzo znacznych trudności technicznych, musiano przystąpić do operacyi. Dokonano jej wprawdzie, ale chora w godzinę po zabiegu zmarła z powodu długiego trwania zabiegu i znacznego krwotoku podczas zabiegu. Sekcya guzów, otrzymanych drogą operacyjną wykazała, że jeden z nich, ułożony podśluzowo, zajmujący dolny i tylny odcinek szyi, jakkolwiek pokryty niezmienioną błoną śluzową, ulegał zropieniu, gdyż na jego przekroju napotkano szereg drobnych, świeżych, rozsianych ropni.

Ropienia, wychodzące z przydatków i tkanek otaczających macicę, nie ograniczają się wyłącznie do jednego schorzałego narządu; wywołują natomiast często zmiany w otoczeniu, jeżeli już nie przyrody ropnej, to w każdym razie zlepnej lub wypocinowej. Dlatego to najczęściej zmiany takie noszą ogólną nazwę ropni miedniczych, a nazwa ta zupełnie jest słuszna, gdyż nie rzadko bliższych danych przy badaniu, a nawet po dłuższem spostrzeganiu klinicznem nie jesteśmy w stanie wyśledzić. O jednem jednak musimy zawsze pamiętać, a mianowicie, że ropnie miednicze nie tylko mogą wychodzić ze schorzałych części rodnych, ale także z wyrostka robaczkowego; o tych właśnie ropniach musimy zawsze pamiętać, by uniknąć pomyłek rozpoznawczych, a co za tem idzie, by nie zrobić fałszywego kroku w leczeniu.

Ropnie miednicze, wychodzące z części rodnych, ze względu na ich pierwotne usadowienie dzielimy a) na ropnie przydatków, t. j. otok ropny trąbki lub jajnika; b) ropnie otrzewnowe, jako wynik zapalenia tkanek okołomacicznych i c) ropnie, zajmujące tkankę łączną omaciczną.

Otok ropny trąbki możemy przy badaniu przedmiotowem rozpoznać tylko wtedy, jeżeli będzie dawał pewne stałe obrysy, jeżeli kształtem swoim kolbowatym lub kiełbasowatym będzie przypominał rozdętą trąbkę i jeżeli w wywiadach będziemy mogli wyszukać tło, na podstawie którego mógł otok trąbkowy powstać. Tłem otoku może być naturalnie tak zakażenie połogowe, jako też i zakażenie rzeżączkowe. Jedynym czynnikiem, dozwalającym przez badanie odróżnić jedno tło od drugiego, jest badanie bakteryologiczne. Rzeżączka z reguły zajmuje obie trąbki, otoki rzeżączkowe wytwarzają się zwolna i nie dochodzą często do wielkich rozmiarów; zakażenie połogowe może wywoływać otoki trąbkowe jedno- lub obustronne, szybko wzrastające i dochodzące do bardzo znacznych rozmiarów. Analogicznymi do tła połogowego będą otoki, wytworzone wskutek zropienia produktów ciąży zamacicznej, zatrzymanych w trąbce.

Rozpoznany otok trąbkowy nie jest wcale bezwarunkową wskazówką do leczenia operacyjnego. Zawsze mamy na oku tę okoliczność, że otok ropny może przy odpowiedniem leczeniu i zachowaniu się chorych uledz wessaniu, a z drugiej strony, że leczenie operacyjne otoków trąbkowych jest bardzo trudne w kierunku zupełnego powrotu do zdrowia i zdolności do pracy chorej.

Chyba najlepszym dowodem tego jest nader obfite piśmiennictwo, jakie zebrało się z rozpraw i polemik o operacyjnem leczeniu spraw zapalnych przydatków. Skoro przed kilku laty nadszedł okres mody, że tak powiem, operowania w zakresie przydatków, zapał operacyjny tak owionął prawie wszystkich ginekologów, że operowało się za często, naturalnie czasami bez koniecznego wskazania. Dopiero gdy otrzymano duży zastęp wyników złych, tak bezpośrednich, jako też i niekorzystnych następstw pooperacyjnych, ocknęli się niemal wszyscy i najbardziej przedtem radykalni operatorowie stali się największymi zachowawcami w leczeniu schorzałych przydatków. Doświadczenia zebrane z tych lat „operacyjnych“, jak je można nazwać, nie wyszły na marne, nie pozostawiły próżni dla nauki, gdyż przekonały większość znaczną ginekologów, że z operacyami w zakresie przydatków trzeba być nadzwyczaj ostrożnym i to nie tyle dla samej techniki lub bezpośrednich następstw, ale dla późniejszego zdrowia chorych. Nauczyliśmy się indywidualizować w leczeniu operacyjnem schorzałych przydatków — przekonaliśmy się, że każdy przypadek będzie dla siebie wymagał innego częstokroć postępowania, innego obrania drogi leczniczej i rozmaitego stopnia radykalizmu operacyjnego. W każdym razie, u każdej chorej będziemy się starali zachować jak najwięcej z części rodnych, bo tylko w ten sposób uda nam się ochronić właściwą funkcyę narządów rodnych, odgrywających tak ważną rolę w życiu kobiety.

Zabiegi operacyjne uważamy zawsze za ostatnią ucieczkę, imamy się ich przeto dopiero wtedy, gdy stan miejscowy i ogólny chorej tego koniecznie wymaga, gdyż łatwo stosunkowo pozbawić kobietę części rodnych, ale nie mamy

żadnych środków, aby usunąć kalectwo, w jakie chora po wytrzebieniu najczęściej popada.

Sposoby leczenia operacyjnego otoku trąbkowego będą przeto różne, a idąc według łagodności zabiegu na pierwszem miejscu postawić musimy nakłócie ropnia, wypróżnienie jego treści z następowem przestrzykaniem lub bez przestrzykania jamy ropnia. Nakłócie, znane dosyć dawno, zaczęło dopiero w ostatnich czasach wchodzić w swe właściwe prawa; był czas, w którym o niem prawie że nie myślano i nikt go w większej liczbie przypadków nie stosował. Dopiero w ostatnich czasach zaczynają się mnożyć ogłoszenia szczęśliwie szybko, i dobrze wyleczonych przypadków otoku przez zwykłe nakłócie. Zabieg taki nadaje się wyłącznie tam, gdzie ropień będzie stary, gdyż wtedy możemy być prawie pewni, że ropa jest jałową, co pozwala dobrze rokować nawet w tym przypadku, gdzie podczas nakłócia ropa dostanie się na otrzewnę. Nakłócie takie wykonuje się przez pochwę w miejscu, gdzie ropień jest najbardziej dostępny, bacząc, by nie uszkodzić sąsiednich narządów i większych naczyń. Otwór po nakłóciu możemy rozszerzyć kleszczykami na tępo w razach, gdybyśmy po punkcyi chcieli użyć sączkowania.

Drugim z kolei łagodnym zabiegiem operacyjnym będzie nacięcie przedniego lub tylnego sklepienia *(colpotomia anter. vel poster.)* z oddzieleniem lub bez oddzielenia szyi macicznej od sąsiednich narządów. Zabieg ten jest wprost niewinny, a bardzo dobry, gdyż pozwala pod kontrolą palca, nie rzadko i oka, dotrzeć do ropnia, dozwala na dokładne rozpatrzenie się w zmienionych stosunkach topograficznych, a daje zupełnie wystarczający przystęp do otwarcia ropnia, a najlepsze warunki dla następowego sączkowania jamy, pozostałej po ropniu. Ten sposób leczniczy zyskuje coraz więcej zwolenników, gdyż jest zabiegiem łagodnym, nie naraża chorej na żadne kalectwo, a najczęściej wystarcza do zupełnego wyleczenia. Podobnie bardzo łagodnym zabiegiem w przypadkach nadających się przy dużych otokach trąbkowych będzie dwuczasowe nacięcie ropnia drogą cięcia brzusznego. Jeżeli guz trąbkowy będzie duży i dosyć ruchomy, da się łatwo wprowadzić w poziom rany laparatomijnej, tutaj da się wszyć, a skoro wytworzą się zrosty między otrzewną ściany a guzem, wtedy będzie pora na nacięcie i sączkowanie. Sposób ten ma tylko tę jedyną wadę, że leczenie następowe aż do zaniku zupełnego jamy ropnia może się dlugo przewlekać.

Leczenie operacyjne radykalne może być znowu przeprowadzone albo przez pochwę, albo też przez jamę brzuszną; może ono polegać na usunięciu przydatków po jednej stronie, albo po obu stronach, albo wreszcie na usunięciu przydatków obustronnem wraz z macicą. Żaden jednak ze sposobów wymienionych nie zdobył sobie wyłącznego pierwszeństwa, gdyż każdy musi dawać szeregi tak dobrych jak i złych wyników. Nie stopień radykalizmu, lecz sposób przystosowany do okoliczności danego przypadku jest najlepszym, a w ogóle jak najwięcej należy macicę i jajniki oszczędzać a operować radykalnie tylko wtedy, gdy każde inne leczenie nie wystarcza i zawodzi.

Sama technika operacyjna jest rzeczą drugorzędną; każdy przypadek sam najlepiej wskaże, czy operować przez pochwę, czy też przez jamę brzuszną, jako też ile trzeba przy operacyi usunąć utkania schorzałego z narządów rodnych. Również nie będą odgrywać znacznej roli pewne odcienia w technice, jak naprzykład, czy zaopatrywać więzy szerokie jedwabiem, lub też klemami, czy wytaczać macicę po nacięciu sklepienia, czy też nie i t. p. W każdym razie znajdzie się tu i ówdzie przypadek, gdzie będziemy zmuszeni operować i to jak najradykalniej, ale leczenie takie będzie zawsze tylko wyjątkiem, a nie regułą.

(Ciąg dalszy nast.).

II. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. Pasternackiego.

Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

(Badania doświadczalno-kliniczne).

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy).

IV.

Dalszy wniosek z moich doświadczeń jest ten, że w krwinkach czerwonych zawiera się znaczna część zasad krwi, mianowicie 45—53% ogólnej jej zasadowości. Pomimowoli nasuwała się wątpliwość, czy nie w tem właśnie należy szukać przyczyny tych na pierwszy rzut oka bezpodstawnych wahań zasadowości krwi, które spostrzegali badacze przy posiłkowaniu się metodą Loewyego. Dla rozwiązania tego pytania należało przeprowadzić badania zasadowości krwi na możliwie większym materyale patologicznym jednocześnie z oznaczeniem w każdym przypadku liczby krwinek czerwonych. Badania w tym względzie przeprowadziłem przeważnie na chorych stałych w klinice lekarskiej Prof. Dra Pasternackiego, w części zaś na chorych przychodzących tejże kliniki i niektórych chorych z praktyki własnej w kaukaskich zdrojowiskach leczniczych, mianowicie w Essentukach podczas sezonu kuracyjnego w latach 1900 i 1901. U każdego chorego zrana po herbacie badałem kroplę krwi pod drobnowidem, poczem oznaczałem zawartość hemoglobiny za pomocą przyrządu Gowersa, liczbę krwinek czerwonych i białych, oraz zasadowość krwi. Każdorazowo naliczałem około 1600 krwinek czerwonych (16 dużych kwadratów); więc pomyłka, zależna od samej metody badania, wynosiła zaledwie 1, 2—2, 1% (Abbé[54]); przy obliczaniu krwinek białych rachowałem 100 pól widzenia. Zasadowość krwi oznaczałem za pomocą alkalimetru Engla[46]), urządzonego na wzór „mélangeura" dla krwinek czerwonych: rozcieńcza się w nim 0,05 ctm. sz. krwi, wziętej z palca, w 100 częściach przekroplonej wody odczynu obojętnego; otrzymana krew z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi miareczkuje się $^1/_{75}$-normalnym rozczynem kwasu winowego tak długo, aż kropla mięszanki, przeniesiona na błękitny papierek lakmusowy, nie wywoła zaczerwienienia; z ilości zużytych ctm. sz. miareczkowanego rozczynu nie trudno wyliczyć zasadowość krwi w mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi.

Pierwej jednak, nim przystąpiłem do badań za pomocą tego przyrządu, postanowiłem go skontrolować. Pobudką ku temu było następujące rozumowanie: Engel używa dla miareczkowania $^1/_{75}$ normalnego rozczynu kwasu winowego,

który pomimo słabego zagęszczenia jest jeszcze w stanie zabarwić wyraźnie błękitny papierek lakmusowy, lub lakmoidowy na czerwono. Nasuwa się jednak pytanie, czy nie straci on tej własności, jeśli kroplę tego roztworu rozprowadzić w 5 ctm. sz. cieczy obojętnej. Istotnie dodając 0,05 ctm. sz. w mowie będącego roztworu do 5 ctm. sz. obojętnej wody przekroplonej, nie mogłem stwierdzić żadnej zmiany w zabarwieniu błękitnego papieru lakmusowego, na który przenosiłem jedną kroplę mięszaniny, aczkolwiek papier lakmusowy, którego używałem we wszystkich moich badaniach, był bardzo czuły, zaczerwieniał się bowiem już od kropli cieczy, zawierającej w jednym litrze wody obojętnej zaledwie 2,6 ctm. sz. $^1/_{10}$ normalnego roztworu kwasu winowego. Zaledwo po dodaniu 0.075 ctm. sz. $^1/_{75}$ normalnego roztworu kwasu winowego można zauważyć zaczerwienienie papieru lakmusowego, lecz i w tych warunkach znika ono wkrótce. Wyraźniejsza zmiana barwy występuje po badaniu 0,1 ctm. sz. w mowie będącego roztworu kwasu winowego.

Należało więc oznaczyć, jak wielką jest pomyłka, zależna od wzmiankowanej przyczyny przy miareczkowaniu 0,05 ctm. sz. krwi, rozcieńczonej 100 razy w wodzie przekroplonej. Dla rozwiązania tego zadania postępowałem w dwojaki sposób:

I). 5 ctm. sz. krwi z tętnicy udowej psa wypuszczałem wprost do 45 ctm. sz. 0.2% szczawianu amonowego odczynu obojętnego; następnie brałem 5 ctm. sz. mięszaniny i oznaczałem zasadowość krwi metodą Löwyego. Drugie 5 ctm. sz. mięszaniny dokładnie zobojętniałem $^1/_{25}$ normalnym roztworem kwasu winowego i dopełniałem otrzymaną nową mięszaninę do 50 ctm. sz. wodą przekroploną obojętną. W ten sposób otrzymywałem 50 ctm. sz. cieczy, zawierającej 0,5 ctm. pierwotnej krwi, więc miałem do czynienia z krwią rozcieńczoną, jak i w przyrządzie Engla 100 razy, zawierającą krwinki czerwone, również w stanie rozpuszczonym. z tą jedynie różnicą, że odczyn jej był nie alkaliczny, lecz obojętny. Dodając zatem do 5 ctm. sz. otrzymanej cieczy obojętnej $^1/_{75}$ normalny roztwór kwasu winowego, przekonałem się, że kropla, przeniesiona na błękitny papierek lakmusowy, wywołuje wyraźne zabarwienie czerwone, nie znikające w ciągu 5 minut. zaledwie po dodaniu do cieczy 0,1 ctm. sz. miareczk. roztworu kwasu winowego ($^1/_{75}$). Ztąd wynika, że przy oznaczaniu zasadowości krwi za pomocą alkalimetra Engla jesteśmy zmuszeni dodawać zawsze więcej o 0,1 ctm. sz. roztworu kwasu winowego ($^1/_{75}$), niż należy. Ponieważ zaś ta ilość $^1/_{75}$ roztworu kwasu winowego odpowiada ściśle 106,6 mlgr. NaOH(%), to rzecz prosta, że otrzymaną liczbę zasadowości należy zmniejszać o 106,6 mlgr.

II) 5 ctm. sz. krwi z tętnicy udowej psa wypuszczałem wprost do 45 ctm. sz. 0,2% obojętnego szczawianu amonowego. Zasadowość krwi w pierwszem z doświadczeń tej kategoryi, oznaczona metodą Löwyego, wynosiła 216 mlgr. NaOH (%).

5 ctm. sz. otrzymanej cieczy z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi rozcieńczałem przez dodanie 45 ctm. sz. wody przekroplonej odczynu obojętnego. W ten sposób pierwotną krew rozcieńczałem 100 razy, więc otrzymywałem takież rozcieńczenie, jak i w alkalimetrze Engla. Zobojętnienie 5 ctm. sz. rozcieńczonej w ten sposób krwi wymagało dodania 0,3 ctm. sz. kwasu winowego. Obliczając więc na wzór Engla zasadowość krwi, otrzymujemy liczbę 320 milgram. NaOH, która to liczba o 104 mlgr. przewyższa istotną.

Nie będę przytaczał reszty doświadczeń tej kategoryi: w niektórych z nich rozcieńczałem krew naumyślnie nie 100 razy, lecz więcej lub mniej; odpowiednio do tego wzrastała lub zmniejszała się i liczba 106,6.

Na podstawie wszystkich podobnych doświadczeń przyszedłem do przekonania, że alkalimetr Engla wykazuje liczby zasadowości krwi o 106,6 mlgr. NaOH (%) wyższe nad istotną, jeśli przy oznaczaniu zasadowości używamy jako wskaźnika papierka lakmusowego oznaczonej już poprzednio czułości i jeśli miareczkowanie uważamy za ukończone wtenczas, gdy zaczerwienienie błękitnego papieru lakmusowego nie znika w ciągu 5 minut. Ten warunek ściśle zachowywałem we wszystkich badaniach, ponieważ w przeciwnym razie otrzymane liczby zasadowości krwi nie mogą być porównywane (Thomas[54]) i inni). Jeśli przytem wbrew Loewyemu nie rozciągałem badania na dłuższy przeciąg czasu, lecz ograniczałem się do 5', to jedynie dla tego, że miałem na uwadze cele kliniczne.

Oprócz wykazanej pomyłki, przyrząd Engla daje wahania w granicach 8—12 mlgr. 5%, zależnie od niewielkiej względnie ilości krwi, której on wymaga dla badania. Ta właściwa wszystkim przyrządom pomyłka została stwierdzoną i oznaczoną przezemnie drogą porównawczych oznaczeń zasadowości krwi u psów metodą Loewyego i Engla*).

Przy zachowaniu przed chwilą wyłuszczonych warunków zasadowość krwi u osobników zdrowych wynosi 240 do 267 mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi. Oznaczając zasadowość krwi u jednego i tego samego osobnika kilkakrotnie, zawsze otrzymywałem przy zachowaniu wszystkich warunków jednakowe wyniki, zgodne z Loewym[24], v. Limbeckiem[25]), Karfunkelem[26]), Straussem[27]) i Brandenburgiem[28]) i wbrew jednemu Berendowi[44]).

Oprócz lakmusu używałem jako wskaźnika także lakmoidu. Tu pomyłka wynosi 119 mlgr. NaOH (%), alkaliczność zaś krwi u osobników zdrowych 269—299 mlgr. Lecz wkrótce zaniechałem tego środka, gdyż przygotowanie go jest bardziej złożone; z drugiej zaś strony przy miareczkowaniu krwi z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi lakmoid nie jest niezbędny.

V.

Przystępuję teraz do badań na chorych, których wykonałem 138 na 63 chorych; z tej liczby 50 przypadków spostrzegałem w klinice lekarskiej prof. dr. Pasternackiego w r. 1901, 2 przypadki w ambulatoryum tejże kliniki, a 11 przypadków klienteli prywatnej w Essentukach. Prawie wszystkie badania przeprowadziłem kilkakrotnie i w jednakowych warunkach Wyniki przytaczam w Tabl. I: jeśli badanie było przeprowadzone w ciągu 2 dni z rzędu. podaję liczbę przeciętną.

Z przytoczonej tablicy wynika, że zasadowość krwi istotnie jest niejednakową w różnych stanach chorobowych, oraz w jednej i tej samej chorobie u różnych osobników. Zestawiając jednak stopień zasadowości krwi z liczbą krwinek czerwonych, łatwo przekonujemy się, że obydwie liczby idą wciąż równolegle: z zubożeniem krwi w krwinki czerwone obniża się i alkaliczność krwi; przy liczbie prawidłowej krwinek pozostaje prawidłową. Niestety nie miałem możności oznaczać zasadowość osocza, względnie surowicy krwi, w każdym przypadku, ponieważ podobne badanie wymaga dość znacznej ilości krwi. Uwzględniając jednak ba-

Uwaga. Istnieje jeszcze jedno źródło pomyłki w alkalimetrze Engla: 20 kropli $^1/_{75}$ normalnego roztworu kwasu winowego wcale nie odpowiada w jego przyrządzie 1 ctm. sz., jak twierdzi ten autor. Wskutek tego, obliczając zasadowość krwi według wskazówek Engla, z liczby użytych dla oznaczenia kropli roztworu otrzymujemy liczby, niezgodne z istotnemi. Tej pomyłki jednak możemy uniknąć, biorąc pod uwagę nie liczbę zużytkowanych kropel miareczkowanego roztworu, lecz liczbę ctm. sz. roztworu.

Rozpoznanie kliniczne.	Dzień badania	% hemoglobin.	Liczba krwinek czerwon. w 1 mlm.^{3}	Liczba krwinek białych w 1 mlm.^{3}	Zasadowość krwi w mlgr. NaOH %	Uwagi szczególne
Zapalenie dławcowe płuca prawego	30/1 7/2	65 68	4,770.000 4.820.000	16469 8420	253 240	3-ci dzień choroby. od 2/2 ciepłota prawidłowa.
Zapalenie dławc. płuca lewego	6/2 10/2	70 72	4,250.000 4,225.000	20100 8620	227 227	przełom 7/2.
Zapalenie dławcowe płuca praw.	7/2 13/2	73 70	4,450 000 4,530 000	19200 17300	240 240	7/2. 4-ty dzień choroby; 13/2 ciepłota wyżej 39°; choroba przybr. cechę przewl. chory wypis. się z klin. z naciecz. prawego szczytu płucnego.
Zapal. płuca i otrzewny po str. praw.	12/2 13/2	80 80	4,700 000 4,820.000	12474 8200	213 240	przełom w nocy z 12/2 na 13/2.
Zapal. dławcowe płuca prawego	28/2 1/3	70 68	4,325 000 4.175.000	9450 9375	227 227	28/2 4-ty dzień choroby; 2/3 zejście śmiertelne; patolog.-anatom. rozpoznanie: zapal dławcowe płuca prawego.
Zapalenie dławc. płuc obustronne	7–8/3 11/3	65 58	4,244.000 4,212.000	12100 8640	227 227	przełom w nocy z 10/3 na 11/3.
Zapalenie dławc. płuca prawego	26/3 27/3	68 69	4,725.000 4,640 000	15000 8700	240 240	26/3 5-ty dzień choroby; w nocy na 27/3 przełom.
Gruźlica płuc. zapalenie kiszek	7– 8/1	75	4,985.000	7441	253	
Gruźlica płuc	14–15/1	65	4,130.000		227	
Zapalenie oskrzeli posokowate	1—2/3	65	3,632.500	5252	213	
Zwężenie ujścia i niedomykalność zastawki 2-dzielnej	8/2 11/2	63 64	3,821.000 3,900.000	4932 5000	213 227	
Niedomykalność zastawek aorty	20—21/2	70	4,357.000	6420	227	
Niedomyk. zastawki 2-dzieln.	21—22/2	65	4,346.000	6520	227	
Niedomykalność zastawek aorty	24—25/2	60	4,127.000	7525	213	
Osłabienie serca	5–6/3	75	4,416.000	6125	227	
Zwęż. ujścia żyln. i niedomykalność zast. aorty	7—8/3	70	4,242.000	8400	227	
Marskość wątroby zanikowa	7—8/1	80	5,150.000	5992	267	
Marskość wątroby zanikowa	17—18/1 14/2	60 50	3,570.000 3,326.000	9376 9200	200 187	20/3 zejście śmiertelne; patol.-anatom. rozpoznanie: marskość wątroby zanikowa.
Przewlekłe zapalenie wątroby	19–20/2	62	3,728.000	5992	213	
Śródmiąższowe zapalenie nerek	15—16/1	70	5,000.000	5942	240	
Śródmiąższowe zapalenie nerek	1/2 4/2	54 53	3,643.000 3,675.000	5340	200 200	
Nieżytowe zapal. miedniczek nerkow.	21—22/1	80	4,537.500	5381	240	
Śródm. zapal nerek, osłabienie serca	26—27/2	71	3,407.000	6100	200	
Śródmiąższowe zapalenie nerek	10—11/3	83	5,050.000	7600	267	
Rozstrzeń żołądka	16—17/1 2/2	68 70	3.556.000 3,600.000	7174 7200	200 200	
Przewlekły nieżyt żołądka	3/2 5/2	70	5,025.000	8357	240	
Przewlekłe zapalenie okrężnicy	9—10/3	78	4,972 000	9240	240	Nawykowe zaparcie stolca.
Przewlekłe zapalenie okrężnicy	15—16/3	70	5,000.000	7500	240	Rozwolnienie lub zaparcie stolca.
Zapalenie wyrostka robaczkowego	31/3	70	4,978.000	8120	253	
Niedokrewność	18—19/1	78	3.692.000	3853	227	
Błednica	19—20/2 26/2	25 28	3,334 000 3.630 000	5014 5450	200 213	20/2 zalecono: *Ferri carbonici saccharati* 0,3 3 razy dziennie. We krwi poikilocytoza.
Plamica krwotoczna	23—24/2	70	4.275.000	9650	227	
Dur brzuszny	13/1 18/2	60 70	3,240.000 4.125.000		200 227	13/1. 11-ty dzień choroby. 18/2 14-ty dzień prawidłowej ciepłoty.
Dur brzuszny	3/2 14/2 2/3	75 70 75	4,980 000 4,725.000 4,821.000	6915 6650 6725	253 240 240	3/2. 9-ty dzień choroby. 14/2. 20-ty dzień choroby. 2/3. 9-ty dzień prawidłowej ciepłoty.
Dur brzuszny	24—25/2	75	4,883.000	6240	240	14—15-ty dzień choroby.
Grypa	16/2 17/2	83 82	4,985.000 4,890.000	8300 8120	240 240	Ciepłota normalna.

Rozpoznanie kliniczne.	Dzień badania	% hemoglobin.	Liczba krwinek czerwon w 1 mlm.³	Liczbn krwinek białych w 1 mlm.³	Zasadowość krwi w mlgr. NaOH %	Uwagi szczególne
Grypa	2/3 3/3	80 78	4,976.000 4,954.000	8920 8900	253 253	Ciepłota normalna.
Gościec stawowy	16/12 900 16/2 901 19/2	75 72 74	4,835.000 4,780 000 4,792.000	8120 7935	240 240 240	Od połowy stycznia 901 r. ciepł. prawidł.; objawy prz gośćca staw. 19/2 2-gi dzień zaostrz. sprawy: ciepł. podnies.; nowe obrzmien staw.
Marskość wątroby przerostowa	27/1	55	4,240,000	7800	227	
Zapalenie nerek miąższowe	31/1	64	4,416.000	6076	227	
Kamica żółciowa	4/6 900	72	4·175 240	6720	227	
Przewłoczny nieżyt żołądka	27/6 900	70	4,425.000		240	
Przewłoczny nieżyt żołądka	6/7 900	72	4,215.000	5920	227	
Błednica	4/7 900	30	4,025.000	6040	227	
Zapal. miedn. nerk., kamica nerk.	10/7 900	68	4,245.090	8400	227	
Skaza moczanowa	22/5 900 23/5 901	70 72	4,175.000 4,220.000	8870 8900	227 227	
Skaza moczanowa	15/6 900 24/6 901	65 68	3,425.000 4,074.000	7400 8200	240 227	
Rwa kulszowa, skaza moczanowa	30/5 901	85	4,987.000	8250	254	
Kamica żółciowa	16/6	85	4,875.000	7250	240	
Kamica żółc., zapal. miedniczek nerk.	20/6	70	4,155.000	6400	227	

dania Brandenburga[28]) i Berenda[44]), przedsięwzięte na ludziach, jako też doświadczenia Loewyego[23]) na wołach i własne na psach, możemy utrzymywać, że zasadowość osocza krwi jest w przybliżeniu równą 50% ogólnej zasadowości krwi, więc w przybliżeniu 120—134 miligrm. NaOH (%). Reszta 50% zależy od zasad, zawierających się w krwinkach czerwonych. Przeprowadzając odpowiednie obliczenie, przekonujemy się, że obniżenie zasadowości krwi w różnych chorobach da się wytłómaczyć przez odpowiednie zubożenie krwi w krwinki czerwone. Zasadowość więc osocza krwi w różnych chorobach pozostaje zupełnie niezmienioną, lub, jeśli się i zmienia, to w bardzo nieznacznym stopniu. Podobny wynik zgadza się najzupełniej z doniosłością fizyologiczną zasadowości krwi i z obecnością narządu regulującego ją, który ma za zadanie utrzymywać alkaliczność krwi na stałej stopie.

Podobne zachowanie się alkaliczności krwi spostrzega się, chociaż nie we wszystkich stanach chorobowych, w cukrzycy, mocznicy i raku rozmaitych narządów.

Z badań naszych na chorych, cierpiących na te zaburzenia wynika, że w charłactwie rakowem, cukrzycowem i mocznicowem obniżenie zasadowości krwi znacznie przewyższa zubożenie jej w krwinki czerwone. Stopień takiego obniżenia alkaliczności krwi udało mi się oznaczyć zupełnie ściśle w 3 przypadkach mocznicy, w 2 bowiem krew poddałem badaniu przed i podczas napadu mocznicy, a w 3-im w czasie napadu mocznicy i po jej ustąpieniu. Okazało się, że w 1-ym przypadku liczba krwinek czerwonych obniżyła się o 207,500 w 1 mlm.³ (6,32%), alkaliczność zaś krwi o 93 mlgr. (46,5%), więc o 40,18% więcej, niż zmniejszyła się liczba krwinek czerwonych. W 2-im przypadku liczba krwinek czerwonych podczas mocznicy obniżyła się o 2,13% (77.550 w 1 mlm.³), alkaliczność zaś krwi o 43,66% (93 mlgr.); więc o 41,53% więcej, niż zmniejszyła się liczba krwinek czerwonych. W 3-cim przypadku badanie po mocznicy wykazało, że liczba krwinek czerwonych podniosła się o 8,72% (338,000 w 1 mlm.³), alkaliczność zaś 42% (67 mlgr.), w porównaniu z krwią podczas mocznicy; więc podniesienie zasadowości osocza krwi po wyjściu z mocznicy wynosi 33,28%.

Jeszcze więcej zasadowość krwi była obniżoną w charłactwie rakowem. W niektórych przypadkach obniżenie zasadowości krwi było tak znaczne, że zasadowość była niższą od zwyczajnej zasadowości surowicy krwi. Dla wszystkich tych przypadków należy bezwarukowo przyjąć obniżenie alkaliczności osocza krwi. Choroby, w których spostrzegałem podobne zjawiska, charłactwo rakowe, cukrzyca i mocznica, przedstawiają właśnie te stany chorobowe, w przebiegu których według mniemania wielu autorów we krwi nagromadzają się w znacznej ilości kwaśne przetwory przemiany materyi. Muszę jednak zaznaczyć, że podobne znaczne obniżenie zasadowości krwi, względnie jej osocza, w mocznicy pojawia się nie od razu, lecz w ostatnich okresach mocznicy, jak dowiodły tego doświadczenia moje[16]) na psach i kliniczne badania alkaliczność krwi na chorych mocznicowych.

A priori można było oczekiwać, że podobne, znaczne obniżenie zasadowości krwi, względnie jej osocza, nie jest objawem patognomonicznym przed chwilą wymienionych stanów chorobowych. Nie można bowiem odrzucić możliwości i w innych stanach chorobowych zaburzenia przemiany materyi z obfitem nagromadzeniem istot kwaśnych. W rzeczywistości podobne obniżenie spostrzegałem w jednym przypadku ciężkiego włóknikowego zapalenia płuc; badania krwi dokonano na 4-ty i 5-ty dzień choroby 11—12/3 1901 r.; w nocy na 13/3 chora umarła; badanie zwłok wykazało włóknikowe zapalenie płuc. W tym przypadku podczas największego nasilenia choroby alkaliczność krwi wynosiła 200 mlgr. przy liczbie krwinek czerwonych 4.450,000 w 1 mlm³. W każdym razie podobne wybitnie wyrażone obniżenie al-

kaliczności osocza krwi, jak widzieliśmy, rzadko się przytrafia w różnych chorobach i naodwrót często daje się spostrzegać w charłactwie rakowem, ciężkich postaciach cukrzycy i w mocznicy. Tu objaw ten w niektórych razach może być pomocnym przy różniczkowaniu.

Zestawiając wszystkie swoje doświadczenia i badania, przychodzę więc do następujących wniosków:

1) Poprzednie metody oznaczania zasadowości krwi (Landois-Jaksch, Danilewski i inni) dają niestałe liczby nawet u osobników zdrowych; zatem należy ich zaniechać.

2) Stale wyniki daje tylko miareczkowanie krwi z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi; tylko ta metoda jest odpowiednia i ma jedynie prawo bytu.

3) Wahania zasadowości krwi w różnych chorobach i w jednej i tej samej chorobie, stwierdzone przez badaczy, którzy posiłkowali się metodą Landois-Jakscha i analogicznemi, zależą od niejednakowej odporności krwi i niejednakowej liczby krwinek czerwonych w każdym przypadku.

4) Wahania alkaliczności krwi, stwierdzone za pomocą metody Loewyego, tłómaczy się po większej części niejednakową liczbą krwinek czerwonych.

5) Zasadowość osocza krwi jest znacznie obniżoną w charłactwie rakowem, mocznicowem i ciężkich postaciach cukrzycy.

6) W innych stanach chorobowych pozostaje ona, dzięki obecności mechanizmu regulującego prawidłową, lub, jeśli się i zmienia, to bardzo wyjątkowo. (Dok. nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem choroby Glénarda.

Podał

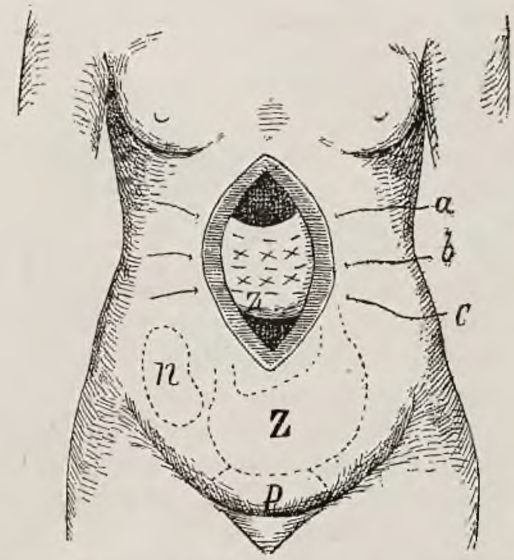
Dr. F. Slęk.

(Według wykładu na XI. Zjeździe chirurgów polskich).

(Dokończenie)

Leczenie wewnętrzne, wyżej naszkicowane, w niektórych przypadkach zawodziło w zupełności. Zaczęto tedy próbować, czyby nie udało się leczeniem chirurgicznem sprowadzić chorym choćby ulgę w ich dolegliwościach. Próby zachęcały. Duret wykonał w marcu w roku 1894 po raz pierwszy gastropeksyę, a gdy w dwa lata po wykonanej operacyi chora miała się dobrze, opisał przypadek w *Revue de la Chirurgie. (De la gastropexie*, 1896, Nr. 6), gorąco polecając swą operacyę na przyszłość w przypadkach opadnięcia żołądka Przyszywał on odźwiernik z graniczącą częścią krzywizny małej do otrzewnej ściennej, nie przecinając jej naumyślnie, otworzywszy jamę brzucha, w linii środkowej ciała, kilkoma szwami jedwabnymi, z których dwa przechodziły przez całą grubość powłok brzusznych. Kobieta 54-letnia zniosła zabieg operacyjny znakomicie, uwalniając się na przyszłość od bólów, a żołądek, jak wykazało badanie jej w dwa lata później, znaleziono na odpowiednio przyszytem miejscu

W podobny sposób postąpił sobie Rovsing w trzech przypadkach *(Archiv f. kl. Chir.* 1899, LX. *Heft* III), przyszywając żołądek trzema szwami jedwabnymi w trzech różnych wysokościach, równolegle do krzywizny małej, trzy razy wkłówając i wykłówając przez błony surowiczą i mięśniową przedniej ściany żołądka tak, że szew rozciągał się na przestrzeni 6 cnt. na tejże przedniej ścianie. Pierwsza nitka była poprowadzoną tuż poniżej krzywizny małej, środkowa 2 cnt. poniżej, a trzecia 3 cnt. powyżej krzywizny dużej. Końce nitek wykłół po każdej stronie rany brzusznej przez powłoki brzuszne, a po zaszyciu jej zawiązał te nitki na kłębku gazy. Poprzednio, by uczynić pewniejszem umocowanie żołądka, tak żołądek jakoteż i otrzewnę ścienną zeskaryfikował igłą, a to w celu otrzymania zrostów, któreby dokładnie żołądek utrzymywały w nadanem mu położeniu. Hartmann *(Gazet. hebdom. de med. et chir.* 1899 *April. Centr. f. Chirurg.* Nr. 39, r. 1899. *Gastrorraphie et gaitropexie combinées)* zaś umocował żołądek do otrzewnej przepony kilkoma szwami na wysokości lewego łuku żebrowego, poprzednio wykonawszy gastrorafię 4 szwami jedwabnymi.



a. b. c. nitki jedwabne, Z. żołądek, P. pęcherz, x miejsca skaryfikowane.

W przypadku zaś Trevesa, gdzie przyczyną choroby Glenarda były zrosty po przebytych owrzodzeniach gruźliczych *(Centr. f. Chir.* Nr. 15, r. 1896 *The treatment of Glenard's* i t. d.) przyszyto żołądek wprost do ściany brzusznej kilkoma szwami, które poprowadził z boku wyrostka mieczykowatego.

Przymocowanie w ten sposób żołądka do powłok jamy brzusznej, lub przepony sprowadza wprawdzie silne zrosty i daje rękojmię, że żołądek nie obsunie się ku dołowi; ma ono jednak tę wadę, że upośledza znacznie ruchy żołądka. Nadto wiadomą jest rzeczą, że czasami najdelikatniejsze zrosty żołądka z powłokami brzusznemi powodują znaczne bóle, n. p. po zapaleniu błony zewnętrznej żołądka *(perigastritis)* przy wrzodzie okrągłym, przeto przypuścić należy, że takie postępowanie niezawsze musi doprowadzić do uleczenia i usunięcia bólów, gdyż żołądek wykonując ruchy podczas czynności trawienia, naciąga zrosty i tem samem może spowodować znaczniejsze bóle.

Przeto Bier wpadł na pomysł, by skróciwszy więzadła podtrzymujące żołądek, przywrócić go do prawidłowego ułożenia, a tem samem nie upośledzać jego ruchów. Postępowanie Biera było następujące (Blecher. *Beitr. z. chir. Behand. d. Enteroptose. Deut. Zeitschr. f. Chir. Band* 56. *Heft* 3, 4, 1900). Trzy do czterech nitek, z których pierwsza przechodzi tuż przy wątrobie przez więzadło żołądkowo-

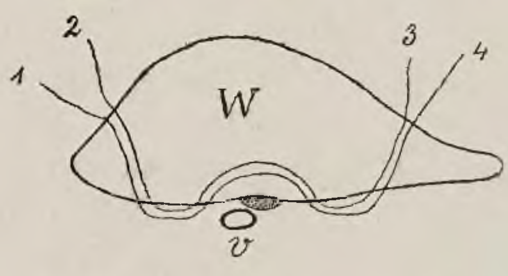
wątrobowe, a o jeden cnt. poniżej wychodzi, następnie przebija nitkę przez środkową część więzadła po raz drugi w ten sam sposób, a trzeci raz powyżej krzywizny małej. Przy ściągnięciu i zawiązaniu nitek powstają w więzadle dwa poprzeczne fałdy, a żołądek zostaje ku górze uniesiony.

Pierwsza nitka leży tuż obok więzadła wątrobowo-dwunastniczego, i zachwytuje błony: surowiczą i mięśniową okolicy odźwiernika żołądka, oraz torebkę wątroby; dalsze nitki zbliżają się do wpustu. Prócz tego, by umocować jeszcze silniej żołądek, dodał u dwóch następnych chorych dwa szwy, przechodzące przez środek prawej połowy przedniej ściany żołądka i przez torebkę, jakoteż i przez powierzchowną tkankę miąższu wątrobowego. W ten sposób żołądek został dostatecznie silnie umocowany, a unika się niebezpieczeństwa, które grozi choremu po przyszyciu żołądka do ścian brzusznych, gdyż stosownie do zmian w ułożeniu się chorego, przy ruchach oddechowych i t. p. sam żołądek może się dowolnie poruszać. To też i w naszych przypadkach postępowanie było podobnem.

Nim przejdę ostatecznie do opisu postępowania naszego z chorymi operowanymi w naszej klinice i do oceny krytycznej tych zabiegów, muszę wspomnieć jeszcze w krótkości o sposobach postępowania przy opadniętej wątrobie, gdyż i na naszych chorych wykonaliśmy przyszycie, a tem więcej, że postępowanie nasze różni się od sposobów dotychczas używanych, jakoteż i zalecanych. Ze sposobów operacyjnych dotychczas używanych cieszą się największem uznaniem i najbardziej bywają używane *hepatopexia simplex* i jej modyfikacye przez Péana, Depagea i Legueua. Operacyę pierwszą opisać można w kilku słowach. Pewnego stałego cięcia skórnego nie mamy przy otwarciu jamy brzusznej, a jak Tscherning (*Beweglicher Schnürlappen d. L. durch Hepatopèxie fixirt Centr. f. Chir.* 1888 Nr. 23) zaznacza, do każdego przypadku cięcie skórne musi być dobrane. Najbardziej rozpowszechnionem i zalecanem jest cięcie w linii białej (Treves, Championnière, Lannelongue), dalej na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego (Richelot, Delagénnière i in.), a w końcu równoległe do prawego łuku żebrowego (Péan, Langenbuch, Poppert i inni). A nawet Michel, który pierwszy tę operacyę wykonał, przyszył wątrobę z cięcia lędźwiowego, poprowadzonego na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżo-lędźwiowego. Co się tyczy sprawy, jak przyszyć wątrobę, są różne zapatrywania, a sposoby, jakimi się chirurdzy posługują, bywają rozmaite. W przypadkach, gdzie torebka wątrobowa jest zgrubiałą, zaleca się przyszycie zapomocą przeprowadzenia kilku szwów przez miąższ wątrobowy i następowe przymocowanie do ścian jamy brzusznej (Billroth), do klatki piersiowej, lub chrząstek żebrowych (Langenbuch, Bobrow), a inni autorowie, jak Poppert, Richelot, Franke zadawalniają się przyszyciem tylko do otrzewnej ściennej, zachwytując przytem nieco warstw wewnętrznych powłok brzusznych. By osiągnąć silniejsze zrosty z otoczeniem posługują się różni autorowie prócz przyszycia zabiegami dodatkowymi, któreby powodowały trwalsze i na większej przestrzeni zlepy z tkankami otaczającemi. Tak n. p. Championnière pociera powierzchnię wątroby 5% karbolem, Legueu przypala zlekka termokauterem, a Bobrow i inni skaryfikują powierzchnię wątroby. W tym samym celu zalecił Poppert tamponowanie gazą jodoformową, którą, pokrajaną w dosyć grube paski (w liczbie 4—5), zakłada między powierzchnię wątroby, a przednią ścianę klatki piersiowej lub przepony, a wyprowadza na zewnątrz między szwami powłok brzusznych (Bötticher *Ueber Hepatopexie. Deutsche Zeitsch. f. Ch.* 56 *B.* 3. 4 *Heft* 1900). Setony te po 8 dniach nieco skraca, a po 16 dniach zupełnie wyjmuje.

Są nadto autorowie, którzy mniejszymi zabiegami zadawalniają się. Lucas-Championnière chciał ustalić obniżoną wątrobę przez przyszycie więzadła wieszadłowego wątroby do powłok brzusznych, a Treves przyszył więzadło obłe do chrząstki wyrostka mieczykowatego, — Ramsay zaś — do żebra siódmego.

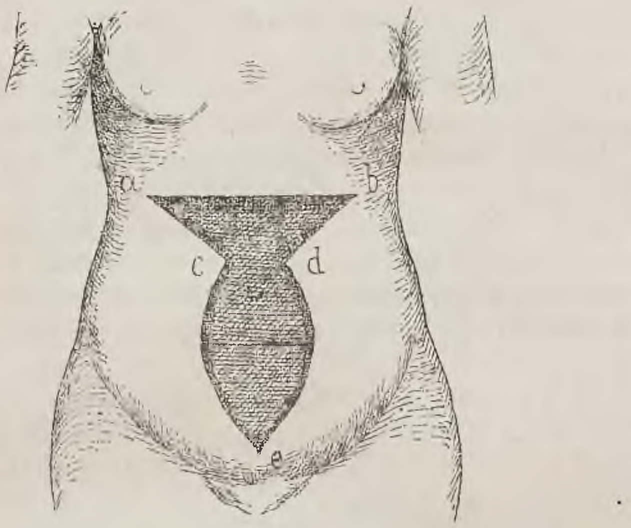
Dla zaokrąglenia obrazu wymienić w końcu należy metodę hepatopeksyi Péana, Legueua i skombinowaną operacyę Depagea. Metoda hepatopeksyi Péana polega na utworzeniu sztucznej podpory dla wątroby z otrzewnej ściennej. Cięciem poprzecznem, sięgającem od mięśnia krzyżo-lędźwiowego aż do pępka, otwiera Péan jamę brzuszną i z otrzewnej ściennej, którą oddziela z przodu i z tyłu górnego brzegu rany, a wolne brzegi zeszywa, tworzy jakoby drugą przeponę, która podtrzymuje wątrobę. Następną jest metoda Legueua, opisana przez Chevalliera (*These de Paris*, 1898). Autor ten, otworzywszy jamę brzuszną na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, przyszywa wątrobę nitką jedwabną 75 cnt. długą, podwójnie złożoną którą nawleka na igłę Reverdina, następnie przebija wą-



trobę (po poprzedniem wyciągnięciu jej ku górze, by płat prawy zrobić dostępniejszym), igłą w odległości 4—5 cnt. od przedniego brzegu, idąc od powierzchni dolnej do górnej, następnie ściągnąwszy nitkę, wchodzi do miąższu wątroby, zataczając łuk koło woreczka żółciowego i żyły wrotnej a wyszedłszy, wbija znowu na wewnętrznym brzegu prawego płatu wątrobowego. Końce nitek umocowuje na ścianie powłok brzusznych, lub na żebrach, wiążąc nitkę 1-szą z 2-gą, a nitkę 3-cią z 4-tą. Zaleta tej operacyi polega na tem, że unika się znaczniejszego krwotoku z wątroby, wykonanie jej ma być łatwe, a ustalenie wątroby trwałe i pewne.

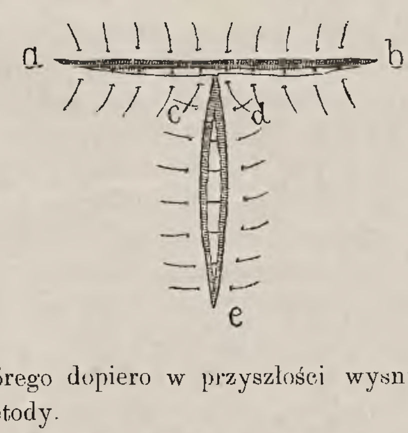
Pozostaje jeszcze do opisu metoda Depagea (*De l'intervention chirurgie dans la splanchnoptose. Bruxelles,* 1893) najstarsza ze wszystkich, którą autor zalecił dla tych przypadków opadnięcia trzew, w których konsekwentnie przeprowadzone leczenie wewnętrzne, a zwłaszcza opaski elastyczne, podtrzymujące zwiotczałe i obwisłe powłoki brzuszne, żadnej ulgi chorym nie sprowadzają. Depage, operując swoim sposobem, stara się w pierwszej linii zmniejszyć powłoki brzusze we wszystkich kierunkach, a nietylko w poprzecznym, jak to zalecali Gallet, Bouffard i inni; następnie zaś stara się o umocowanie wątroby. (Hannecart: *Laparotomie et hepatopexie dans un cas de splankchnopt. Journal med. de Bruxelles* 1898, Nr. 8). Depage operowa

swoim sposobem cztery przypadki, z których jeden zakończył się śmiertelnie; pozostałe trzy zniosły zabieg znakomicie, pozbywając się na przyszłość swych dolegliwości. Sposób jego w szczegółach przedstawia się następująco. Prowadzi on cięcie poprzeczne, łączące oba końce 11-go żebra (*a. b.*), a następnie 2 skośne w kierunku *a. c.*, *b. d.* do pępka (*n*)



każde połowę długości cięcia poprzecznego. Od końców bocznych cięć. *c. d*, prowadzi się dwa łukowate, które się schodzą w punkcie *e*. W tych granicach wycina skórę, linię białą, aż po brzegi mięśni prostych włącznie z otrzewną. Potem zeszywa każdą warstwę z osobna, a mianowicie: otrzewnę, mięśnie i otrzewnę, same mięśnie, powięzie i mięśnie, powięzie, skórę z tkanką łączną i wreszcie samą skórę; w górny brzeg rany wszywa więzadło wieszadłowe wątroby. U chorych tą metodą operowanych, nie widział potem przepukliny w powłokach brzusznych, zeszytych tym sposobem.

Określiwszy metody i sposoby zalecane w operacyjnem leczeniu choroby Glénarda, przystępuję do opisu operacyi, wykonanej przez Radcę Dworu Prof. Rydygiera w dwóch przypadkach choroby Glénarda, których „stan obecny“ podałem już poprzednio. Sądzę, że w braku pewnych ściśle określonych metod operacyjnych gastro- i hepatopeksyj, usprawiedliwionym będzie szczegółowy opis operacyj, boć obecnie składa się dopiero surowy niby doświadczalny ma-



teryał, z którego dopiero w przyszłości wysnują się pewne i typowe metody.

W pierwszym przypadku postępowano w sposób następujący: po przecięciu powłok brzusznych w linii środkowej, począwszy od wyrostka mieczykowatego ku dołowi na 15 cnt., otworzono jamę brzuszną i stwierdzono zmiany w ułożeniu trzew. Górna granica żołądka leżała poniżej pępka na palec, dolna na trzy palce powyżej spojenia łonowego; żołądek powiększony nie był. Wątroba w całości była obniżona, jej płat prawy powiększony, sięgała dolną granicą na cztery palce poniżej łuku żebrowego. Obie nerki niepowiększone, nieznacznie obsunięte ku dołowi, nieco ruchome.

Guz, który zdawał się być prawą nerką powiększoną, był prawym płatem wątroby. Śledziona ułożona prawidłowo, niepowiększona. Macica w tyłozgięciu, obniżona. Znalazłszy ten stan, potwierdzający w zupełności rozpoznanie, przystąpiono do przyszycia opadniętych narządów i wykonano gastropeksyę, hepatopeksyę, uteropeksyę.

Najpierw przyszyto macicę po poprzedniem ułożeniu jej w przodozgięciu, trzema szwami, z których dwa przechodziły przez jej oba rogi, trzeci przez trzon macicy, zachwytując jej miąższ, a przebiwszy przez powłoki brzuszne, zawiązano je.

Żołądek wraz z poprzecznicą uniesiono trzema szwami katgutowymi przez sieć małą, prowadząc każden z osobna przez przednią ścianę żołądka, zachwytując warstwy surowiczą i mięśniową tuż przy tętnicy wieńcowej górnej żołądka, na krzywiźnie małej, wykłówając ku przodowi, następnie przeprowadziwszy jeszcze raz szew przez sieć małą, idąc od przodu ku tyłowi, zkąd znowu wykłówano ku przodowi, przeprowadzono wreszcie szwy każdy z osobna przez trzustkę, a ściągnąwszy je razem, utworzono zdwojenie sieci małej, podciągnąwszy w ten sposób żołądek ku górze, zawiązano je każdy z osobna.

Żołądek więc przymocowano, tworząc zdwojenie sieci małej z tą różnicą, że gdy Bier skraca sieć, przyciągając żołądek ku wątrobie, Rydygier tworzy zdwojenie i przymocowuje go do trzustki. Metoda ta więc ma podobne zalety, jak sposób Biera, t. j. daje się żołądkowi możność odbywania ruchów przy trawieniu, przy zmianie ułożenia chorego, ściany jego bowiem nie są zrośnięte z powłokami jamy brzusznej.

Następnie w celu umocowania wątroby poprowadzono cięcie równoległe do łuku żebrowego prawego, długie na 8 cnt., jednak niedochodzące do cięcia, poprowadzonego w linii środkowej, zostawiono bowiem mostek 6 cnt. długi nieprzeciętych powłok brzusznych. Po przecięciu skóry, mięśnia prostego brzucha w zewnętrznej połowie jego szerokości, mięśnia skośnego zewnętrznego i otrzewnej ściennej, odpreparowano otrzewnę od pochwy mięśnia prostego i skośnego zewnętrznego.

W ten sposób utworzono torbę, do której wpuszczono prawy płat wątrobowy. Otrzewnę ścienną dolnego brzegu rany poprzecznej przyszyto 4 szwami katgutowymi grubymi, zachwytując dosyć miąższu wątroby, do tylnej powierzchni, by w ten sposób dać możność do silnych zrostów płatu wątrobowego z otrzewną. Otrzewnę ścienną górnego brzegu rany poprzecznej przyszyto trzema grubymi szwami katgutowymi do zgrubiałej torebki przedniej ściany wątroby.



a. skóra. *b.* mięsna, *c.* otrzewna, W. wątroba

Ponad zapuszczonym płatem wątrobowym zaszyto mięśnie szwem materacowym, skórę zaś szwem kuśnierskim. Dla pewniejszego efektu podciągnięto więzadło

wieszadłowe wątroby ku górze i wszyto w górny brzeg rany między otrzewnę ścienną i mięśnie, tuż poniżej wyrostka mieczykowatego.

Następnie zaszyto ranę brzuszną w sposób używany zwykle na naszej klinice, kilkoma (5) szwami jedwabnymi (Fritsch) i katgutem. (Slęk: *Przegl. lek.* 1869, Nr. 19. Przyczynek do laparotomii ginekologicznej).

Chora zabieg ten zniosła. Bezpośredni wynik zupełnie zadawalniający.

Zachęcony takim wynikiem, przystąpił prof. Rydygier do operacyi drugiej chorej dnia 24 kwietnia 1901 r. i wykonał gastrope syę, hepatopeksyę.

W uśpieniu morfinowo-chloroformowem otworzono jamę brzuszną w linii środkowej. Żołądek znaleziono obniżonym, a mianowicie górna jego granica sięgała do pępka, dolna cztery palce powyżej spojenia łonowego. Wątroba, obniżona na 3 palce poniżej łuku żebrowego, dała się z łatwością unieść ku górze; prawy jej płat powiększony. Obie nerki również nie powiększone, nieco opadnięte.

Żołądek po uniesieniu go ku górze przyszyto w sposów wyżej opisany, tworząc zdwojenie z sieci małej. Wątrobę po odprowadzeniu do pierwotnego jej położenia, a więc po uniesieniu jej ku górze, umocowano w ten sposób, iż więz obły wszyto w górny brzeg rany powłok brzusznych. Na tem operacyę skończono, ponieważ stan chorej budził poważne objawy z powodu zapadu, tak iż dopiero po wstrzyknięciu olejku kamforowego, jakoteż eteru, stan się o tyle poprawił, że można było szczęśliwie operacyę dokończyć. Ranę powłok brzusznych zaszyto w sposób poprzednio podany.

Opisawszy powyższe przypadki i dołączywszy opisy operacyj, pozostaje mi jeszcze dodać kilka słów o przebiegu pooperacyjnym, a ponieważ stan obu chorych po operacyi był jednakowy, poprzestanę na zestawieniu w krótkości razem obu przypadków.

Jak wyżej nadmieniłem, obie chore, zgłaszając się do naszej kliniki, miały wejrzenie nadzwyczaj chorobliwe, które w tym przypadku odnieść należy tylko do choroby Glenarda, gdyż, jak stwierdziliśmy podczas laparotomii, przyczyny innej tak znacznego wyniszczenia sił nie mogliśmy odnaleźć mimo dokładnego przeszukania jamy brzusznej.

Nic też dziwnego, że stan pooperacyjny był nie zadawalniający tak, żeśmy tracili nadzieję utrzymania operowanych przy życiu. Zaraz po operacyi wystąpiły objawy zapadu, tętno słabe, prawie nie wyczuwalne, język wysychający. Ciepłota poranna jakoteż i wieczorna przez cały czas pobytu w klinice nie podwyższona. Przez pierwsze trzy dni obie chore dostawały hipodermoklizy dwa razy na dzień, rano i wieczorem, z roztworu fizyologicznego soli kuchennej, w ilości 800—1000 gramów. Następnie, gdy stan chorych zaczął się poprawiać, zadowalnialiśmy się wlewaniami soli kuchennej do jelita odchodowego. Prócz hipodermoklizy podawaliśmy napar naparstnicy z kofeiną. Co do pożywienia, to początkowo stosowaliśmy tylko dyetę płynną, mleczną i lewatywy odżywcze. Na mlecznej dyecie trzymaliśmy chore przez pierwsze ośm dni, następnie podawaliśmy potrawy lekko strawne, jak jaja na miękko i. t. d.

Przez ułożenie chorych w pozycyi na pół siedzącej, staraliśmy się je uchronić przedewszystkiem od zapalenia płuc opadowego, które po laparotomiach tak często bywa przyczyną śmierci, szczególnie u osób starszych i wynędzniałych. Ułożenie to sprawiało nawet znaczną ulgę w 6 tygodniowem leżeniu. Nie trzymaliśmy naszych chorych w pozycyi Trendelenburga, jak to uczynili Ferrari i Delagenière po przyszyciu wątroby.

U chorej pierwszej wyjęliśmy szwy jedwabne w 22 dni po operacyi, a u drugiej w 17 dni. U obydwóch chorych rany powłok brzusznych były zagojone przez rychłozrost. W 6 tygodni po operacyi dozwoliliśmy naszym chorym wstać z łóżka, a wypisując je z kliniki ze znakomitą poprawą, zaleciliśmy jeszcze odpowiednią dyetę jak mleko, jaja i t. p., a prócz tego noszenie pasa brzusznego w dzień i wystrzeganie się ciężkich robót.

Tak w tych przypadkach, jak i wielu innych, do szycia używaliśmy katgutu, wyjałowionego w gorącem powietrzu powyżej 140° C. Używając tego materyału do szycia długi szereg lat, mogliśmy się dostatecznie przekonać o jego wytrzymałości tak, że w ogólności jedwabiu wyjątkowo tylko potrzebujemy.

Jak z poprzedniego opisu wynika, gastropeksia, wykonana przez Prof. Rydygiera w dwóch przypadkach, nie różni się zasadniczo od postępowania Biera. Istnieje bowiem ta tylko różnica, że zamiast przyszywać sieć małą sfałdowaną do wątroby, jak to radzi Bier, prof. Rydygier przyszywa ją do trzustki. Metoda zaś hepatopeksyi, zastosowana przez Rydygiera w pierwszym naszym przypadku różni się w samej zasadzie od każdej innej poprzednio podanej; zaledwo tylko przypomina sposób przyszywania wędrującej śledziony, opisany swego czasu przez prof. Rydygiera. Szczegół zaś wszywania więzadła obłego w górny kąt rany laparatomijnej wzięty jest z metody Trevesa.

Dotychczas nieznaczna tylko liczba chorych była operowaną z powodu opadnięcia trzew. I tak Duret operował jedną chorą, Rowsing trzy, Hartmann jednego, Bier jednego chorego i trzy chore, Treves jedną chorą z opadnięciem trzew, powstałem po zrostach, Depage czterech chorych, Rydygier dwie chore.

Razem dotychczas opisanych przypadków łącznie z naszymi jest 16. Z tych 16 operowanych wyzdrowiało 15, jedna chora, operowana przez Depagea, zmarła z powodu wstrząsu, stan już przed operacyą był nadzwyczaj zły, a sama operacya trudna i powikłana równoczesną cholecystotomią. Inne chore zaś po operacyi cieszyły się dobrym wynikiem, który nawet parę lat po operacyi utrzymywał się. Co się tyczy naszych chorych, to zapytywane listownie dały nam zupełnie zadawalniającą odpowiedź (Chora M. G. zgłosiła się 13 listopada 1901. w stanie zupełnie zadawalniającym). Ten pomyślny wynik zachęca mnie do opisania tych przypadków, a za pozwolenie ich ogłoszenia, jakoteż cenne rady i wskazówki, niechaj mi będzie wolno złożyć serdeczne podziękowanie memu szefowi, Panu Radcy Dworu Prof. Rydygierowi.

Na zakończenie kilka ogólnych uwag.

Wskazania do leczenia chirurgicznego choroby Glenarda tam się zaczynają, gdzie się kończy leczniczy wpływ środków wewnętrznych, a rozpoczyna zagadkowa jeszcze chera *(Gastroptosekachexie)*. Mniej więcej wszyscy chorzy w tym okresie chery byli operowani; nasze chore już nawet w okresie bardzo daleko posuniętym; a mimo tych niekorzystnych warunków, laparotomia, gastropeksia i hepatopeksia zdołały usunąć przeważną część dolegliwości, a może pozornie wyle-

czyć zupełnie. Nasuwa się przeto myśl, czyby nie było dobrze w przypadkach cięższych, połączonych ze szczególnie przykrymi dolegliwościami, wcześniej nakłaniać do operacyi chorych, dotkniętych chorobą Glénarda? Sprawy tej sami chirurdzy nigdy roztrzygnąć nie zdołają. Współudział internistów jest tu konieczny.

W każdym razie zastrzegam się przed posądzeniem, bym mniemał, że każdy, nawet lżejszy przypadek leczyć się powinno chirurgicznie. Boć i chirurg przyczyny cierpienia usunąć nie zdoła; unosząc żołądek lub umocowując wątrobę, usuwa tylko tę lub ową gromadę objawów; — a dla tych korzyści, bądź-co-bądź wątpliwych, gdyż nie wiemy, czy po roku lub dwóch mimo zapewnień chorych, lub ich badań dłuższy czas po operacyi (Bier i inni), czy żołądek lub wątroba napowrót się nie obniżą, więc nie godzi się tych chorych narażać na możliwość niebezpieczeństwa laparotomii, choćby tak, dzięki osłonie aseptyki, jak dziś, zredukowanych do *minimum*.

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. Mieczysław Nartowski: **Elektrodyagnostyka i elektroterapia dla użytku uczniów i lekarzy.** Z 6. tablicami i 304 rycinami w tekście. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego, 1901. str. VII i 375 — Cena koron 18.

Jeżeli pojawienie się każdego podręcznika naukowego w języku polskim należy powitać z radością, to tem ochotniej bierze się do ręki dzieło Dr. Nartowskiego; pojawiło się ono bowiem w samą porę i ze wszechmiar zasługuje na to. W piśmiennictwie naszem nie posiadamy dotąd nawet odpowiednich tłómaczeń z tego działu nauki lekarskiej i zmuszeni jesteśmy studyować go z podręczników obcych; to też należy się autorowi wdzięczność za to, że podjął się tego, ze wszechmiar ciężkiego zadania. Dzieło Dr. Nartowskiego jeszcze i z tego względu zasługuje na wyszczególnienie, że obejmuje wszystkie działy i wszystkie metody stosowania prądu elektrycznego, zarówno do celów czysto rozpoznawczych, jak i leczniczych, podczas gdy podręczniki obce zajmują się tylko galwanizacyą i faradyzacyą, a mało już nawet franklinizacyą. Sama już strona zewnętrzna dzieła Dr. Nartowskiego robi dodatnie wrażenie. Wydanie w całem tego słowa znaczeniu wytworne, papier piękny, ryciny czysto odbite, a druk czytelny.

Dzieło Dr. Nartowskiego składa się z trzech głównych części.

Część pierwsza obejmuje wykład zasad elektryczności, opis przyrządów potrzebnych do franklinizacyi, a wszystko poprzedzone dokładnem wyjaśnieniem pojęć przedmiotu. Najkrócej zajmuje się autor prądem termo-elektrycznym, ograniczając się jedynie do określenia, kiedy on powstaje, jakie posiada własności i zastosowanie. Jak w rozdziale pierwszym, obejmującym elektrostatykę, od pojęcia co to jest elektryczność aż do określenia promieni katodalnych, autor przechodzi od najelementarniejszych pojęć do coraz więcej złożonych i nadzwyczaj przystępnie omawia najwięcej zawiłe kwestye, a podaje on jedynie to, co lekarz wiedzieć powinien, — tak we wstępie o prądzie stałym przedstawia prawa i własności prądu tego, określa jego działanie i podaje warunki, jakie stos galwaniczny w ręku lekarza spełniać powinien. Obok opisu rozmaitych rodzajów stosów galwanicznych omawia tutaj autor jeszcze i działanie magnetyczne prądu galwanicznego, wprowadzając tą drogą czytelnika ku łatwemu zrozumieniu zasady galwanometryi, tak niezbędnego przy stosowaniu prądu stałego do celów leczniczych.

Rozdział poświęcony prądowi indukcyjnemu obok przedstawienia praw sposobu jego powstania zawiera wykład zasady budowy elekromotoru i dynamomaszyny, rzeczy pomijanych systematycznie we wszystkich obcych podręcznikach, jakkolwiek znajomość ich dla lekarza coraz większego nabiera znaczenia. Autor objaśnia dalej, co to jest prąd jednostajny *(Gleichstrom)* i zmienny *(Wechselstrom)*, jak i jakimi przyrządami można z jednego otrzymać drugi.

Osobny rozdział poświęcił autor akumulatorom, co należy szczególniej podnieść, gdyż po raz to pierwszy dopiero rzecz tę umieszczono w podręczniku, przeznaczonym dla lekarzy, a do tego podano ją w sposób bardzo przystępny. Autor omawia zasadę, na której polega budowa akumulatorów i podaje sposoby ich ładowania tak prądem z bateryj galwanicznych, jak i ze stacyi centralnej. W następnych rozdziałach bardzo dokładnie opisał autor przyrządy lekarskie do faradyzacyi, galwanizacyi, galwanofaradyzacyi, do prześwietlenia i galwanokaustyki. Tu też znajduje się, a znowu po raz pierwszy w podręczniku tego rodzaju, bardzo szczegółowy opis przyrządu i sposobów prześwietlania promieniami Röntgena, przyrządu do stosowania kąpieli w świetle elektrycznem, do leczenia metodą Finsena, przyrządu Zanietowskiego do klinicznego zastosowania rozładowania kondensatorów i przyrządu do wytwarzania prądów o wysokiem napięciu (arsonwalizacya). Jest to opis przyrządów, zastósowanych do celów leczniczych, tak szczegółowy i dokładny, jakiego się w żadnym z podręczników obcych nie spotyka.

W części drugiej omawia autor zastosowanie prądu elektrycznego do celów rozpoznawczych, przyczem bardzo trafnie określa dotąd jeszcze utrzymującą się niechęć u wielu lekarzy używania prądu do rozpoznawania chorób, pomimo że w bardzo wielu przypadkach jest to jedyny sposób pewny i ściśle naukowy. Opór przewodnictwa ciała i drogi, któremi różne rodzaje prądu elektrycznego przebiegają w ciele ludzkiem, działanie ich na skórę, mięśnie i nerwy są przedmiotem dalszego ciągu tego rozdziału, który niejako dopełniają bardzo oryginalnie pomyślane tablice Cohna punktów największej pobudliwości mięśni i nerwów. Zmiany w prawidłowej pobudliwości nerwów i mięśni, odczyn zwyrodnienia i jego znaczenie, sposób badania prądem elektrycznym i dobrze pomyślane wzory do zapisywania odpowiednich zmian w mięśniach i nerwach, wreszcie zastósowanie światła elektrycznego do celów rozpoznawczych, kończą część drugą, niemniej starannie opracowaną, jak część pierwsza. W dziale o promieniach Röntgena omawia autor nieco obszerniej liczne a poprawne sposoby otrzymywania obrazów jasnych przy minimalnej ekspozycyi. Ryciny z prześwietlania kości, klatki piersiowej, miednicy i t. p. są bardzo jasne i świadczą o niezmiernej pracowitości i znajomości rzeczy autora. Należałoby zarzucić autorowi, że za mało uwzględnił choroby wewnętrzne, uczynił to zapewne jednak przez wzgląd na to, że w osobno wydanej swej pracy w tym kierunku obszernie już pisał.

W elektroterapii, zajmującej część trzecią dzieła, rozpatruje autor wartość prądu elektrycznego w leczeniu. Podaje ogólne a konieczne wiadomości przy stosowaniu prądu w celach leczniczych, opisuje stosowanie galwanizacyi, faradyzacyi, galwanofaradyzacyi, franklinizacyi, galwanokaustyki, elektrolizy, kataforezy, kąpieli elektrycznych i w świetle elektrycznem, arsonwalizacyi i promieni Röntgena. W części szczegółowej omawia Dr. Nartowski dość obszernie zastósowanie prądu elektrycznego w chorobach mózgu, rdzenia, zmysłów, nerwów, mięśni, stawów, w nerwicach, w chorobach przemiany materyi, w chorobach narządów moczopłciowych, jakoteż w chorobach skóry i w chorobach wenerycznych (metoda Finsena). Części tej możnaby zarzucić, że autor nie rozbiera jasno i krytycznie różnych zarzutów, podnoszonych przeciw elektroterapii, ale stara się zmusić niejako lekarza do poznania najpierw działania prądu elektrycznego, do stosowania tegoż do celów rozpoznawczych, a w końcu dopiero do leczenia nim. Po przeczytaniu całości odnosi się wrażenie, że autor oparł swą pracę przeważnie na

własnem doświadczeniu; a że nie zajmuje się krytyką innych, ani polemiką ze wszystkiem i wszystkimi, to czyni to widocznie dlatego, że pisząc dzieło, z góry wytknął sobie cel napisania rzeczy dla uczniów i dla tych lekarzy, którzy nie mieli sposobności bliższego poznania, jak i w jakim kierunku da się wykorzystać prąd elektryczny w nauce lekarskiej. Dzieło Dra Nartowskiego wyróżnia się korzystnie od podobnych wydawnictw francuskich i niemieckich dlatego, że będąc przeznaczone do nauki elektroterapii, obejmuje bez wyjątku wszystkie dotąd znane sposoby stosowania różnych rodzajów prądu elektrycznego do celów rozpoznawczych i leczniczych, czego tamtym brak. Wielkie uznanie i cała wdzięczność należy się Drowi Nartowskiemu za to, oddał on bowiem społeczeństwu pracą swą wielką usługę i może choć w części przyczyni się do tego, by chorych nie elektryzować, lecz stosować prąd elektryczny ściśle, jak nauka każe, jak dana choroba wymaga, a tem samem położyć tamę śmiesznym opowiadaniom o bezskuteczności, a nawet szkodliwości prądu elektrycznego w medycynie, bez poprzedniego sprawdzenia, czy środka tego należycie i umiejętnie użyto. *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Wyciągi.

C. Posner (Berlin). **O gorączce cewnikowej** (*Katheterfieber*). (*Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts* 1901, 16. Lieferung). Dnia 17 grudnia 1883 odbyła się w „Royal Society“ w Londynie dyskusya nad gorączką, występującą po cewnikowaniu. Brały w niej udział pierwsze powagi na polu chirurgii narządu moczowego, jak Clarke, Thompson, Harrison i inni. Jako główną przyczynę tej gorączki uważali niektórzy wstrząs nerwowy i zmiany chorobowe w nerkach, inni tłómaczyli sobie powstanie gorączki przedostaniem się malej ilości moczu do krwiobiegu, lub też dłuższem, choć utajonem zatrzymaniem moczu; inni znowu upatrywali przyczynę gorączki w posocznicy lub ukrytej zimnicy, a Harrison odnosił przyczynę ciężkich objawów po cewnikowaniu do nagłego wypróżnienia pęcherza, porównując je z przypadami, jakie występują po raptownem opróżnieniu innych jam ustroju (jama opłucnowa).

We wszystkich tych zapatrywaniach nie przypisywano zakażeniu żadnego, lub chociaż podrzędnego znaczenia, podczas gdy dziś myśl ta stoi na pierwszym planie. Mocz w napadzie gorączki cewnikowej staje się mętnym, a mętność pochodzi nietylko z ciałek ropnych, lecz i z bakteryj. Bakterye mogą się dostać z cewnikiem do pęcherza, i dlatego należy przestrzegać najściślejszej czystości przy wprowadzeniu jakichkolwiek narzędzi do cewki i pęcherza. Cewnik należy najdokładniej wyjałowić, ujście cewki i jego otoczenie należy oczyścić mydłem i sublimatem, a cewkę przestrzykać kilkakrotnie letnim rozczynem 3% kwasu borowego. Aczkolwiek te przestrzykiwania nie odwietrzają zupełnie cewki, są jednak nieszkodliwe i zmniejszają bądź co bądź ilość bakteryj, zawartych w cewce. Szczególnej czystości należy przestrzegać u chorych z przerostem gruczołu krokowego. Najlepiej używać w tych przypadkach zupełnie nowych narzędzi, bo na wszystkich już używanych cewnikach trzymają się zarodki chorobotwórcze, które bardzo trudno dają się zniszczyć i przez tygodnie nie tracą swej żywotności, podczas gdy zarodki z powietrza na nowych narzędziach spowodują względnie mało niebezpieczeństwo.

Z ścisłych badań szkoły Guyona wiemy dziś, że w prawidłowych stosunkach pęcherz jest jałowym. Jest on może jedynym narządem, który łącząc się bezpośrednio ze światem zewnętrznym, nie zawiera żadnych zarodków chorobotwórczych. Ale i obecność pasorzytów nie szkodzi zdrowemu pęcherzowi, gdyż bywają one zawsze wydalone, zanim się mogą rozwinąć. Atoli w razie zatrzymania moczu ściany pęcherza wiotczeją z powodu przekrwienia i zapalenia, powstaje w ten sposób dobra gleba dla rozwoju licznych drobnoustrojów. Najgłówniejszą rolę odgrywa tu prątek okrężnicy, oprócz niego *proteus*, gronkowce i łańcuszkowce, oraz niezbyt rzadko prątek gruźliczy.

Bardzo często zakażenie zostaje tylko miejscowe i nie wywołuje nawet gorączki, bo nabłonki pęcherza i przedniej części cewki posiadają własności ochronne, utrudniające wniknięcie zarodków do krwiobiegu. Widzimy to n. p. w każdym przypadku rzeżączki przedniej części cewki. Natomiast tylna jej część pozostaje w związku z gruczołem krokowym, obfitującym w naczynia chłonne i zapalenie tych części wywołuje prawie zawsze podniesienie się ciepłoty. Szczególnie jednak powstaje poważne niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia, jeżeli bakterye dostały się do miedniczki lub nerki. Tem też się tłómaczy ciężkie ogólne zajęcie ustroju w przebiegu niewinnie wydającego się zapalenia pęcherza, gdy takowe przenosi się na mniej odporne miedniczki nerkowe, lub same nerki. Jeszcze mniejszą jest odporność u prostatyków, u których często znachodzimy starcze zmiany w nerkach.

Odporność nabłonka pęcherzowego na wpływ bakteryj ustaje z chwilą obrażenia jego ścian, z czem dość często spotykamy się u prostatyków. Po wypuszczeniu bowiem wszystkiego moczu z przepełnionego pęcherza po dłuższem jego zatrzymaniu następuje wskutek nagłego zmniejszenia parcia rodzaj próżni, przedarcie naczyń i następowe krwawienie z pęcherza (*Vacuumblutung*), a stan ten sprzyja wnikaniu zarodków zapalnych do krążenia. Z tego wynika ważna zasada dla leczenia prostatyków, ażeby tylko stopniowo i powoli przez kilka dni przyzwyczajać pęcherz do wypróżnienia, wstrzykując z początku po wypuszczeniu moczu 100—150 grm. rozczynu kwasu borowego. Podobne skutki pociąga za sobą obrażenie pęcherza narzędziem. Zakażenie będzie mniejsze, jeżeli punktem wyjścia jest obrażenie cewki, większe — jeżeli przyczyną jest dłużej trwające krwawienie z pęcherza u prostatyka, a jeśli powstają ogniska ropne w miedniczce, zachodzi niebezpieczeństwo ciężkiego zakażenia krwi.

Nie zawsze jednak przyczyną gorączki cewnikowej jest wniknięcie zarodków ropotwórczych ze świata zewnętrznego. Może ona powstać i bez cewnikowania i występuje u chorych na kamicę nerkową, na zapalenie pęcherza moczowego bez wprowadzenia jakiegokolwiek narzędzia. Zarodki mogą się dostać do głębi albo z otoczenia ujścia cewki, z przedniej części cewki, z narządów sąsiednich (odbytnica), ze sromu u kobiet, albo z obiegu krwi, np. w przebiegu chorób zakaźnych i t. d.

Warunkami, sprzyjającymi dla rozwoju bakteryj w pęcherzu i to dla bakteryj, znajdujących się bądź poza ustrojem, bądź w ustroju samym, są zastój, przekrwienie i uraz. Z tej też przyczyny nie wystarcza tylko ścisłe wyjałowienie narządu, lecz każdy rękoczyn należy stosować z największą oględnością, by uniknąć wszelkich obrażeń, stanowiących furtkę dla drobnoustrojów, zawartych już w ciele. Co ważniejsze, że nietylko same bakterye mogą wywołać zakażenie, lecz i jady przez nie wytworzone mogą być wessane i działają wtenczas chorobotwórczo. Szczęściem odcinek przedni cewki i pęcherz nie posiadają w stanie zdrowym własności wsysania, którą jednak posiadają znowu tylny odcinek cewki za pośrednictwem gruczołu krokowego, oraz miedniczki i nerki.

Gorączka cewnikowa zatem polega na zakażeniu bakteryami i na zatruciu ich jadami. Pierwsze wywołuje dreszcz, gorączkę, poty, jak każde inne zakażenie przyranne; zatrucie zaś wywołuje ogólne osłabienie, pragnienie, wysychanie języka, małe, niemiarowe tętno. W ciężkich przypadkach przeważają objawy zatrucia, a przypadki przebiegające bez gorączki, lub nawet z ciepłotą niżej prawidłowej, kończą się często śmiercią z powodu porażenia serca. Lecz mimoto wszystko często nie możemy wykluczyć czynnika nerwowego i niezawsze wystarcza samo mechaniczne i chemiczne wyjaśnienie objawów. Tem też się tłómaczy omdlenie, występujące u ludzi zdrowych i silnie zbudowanych po wprowadzeniu cewnika U niektórych wskutek nadmiernej wrażliwości mimo wszelkiej skrupulatności przy cewnikowaniu niepodobna wykonać najlżejszego rękoczynu, nawet przepłókania cewki. Nie możemy więc zaprzeczyć wpływu narządu nerwowego, choć go wcale nie rozumiemy. Występuje on i w kolce nerkowej i nieraz w przewlekłem zapaleniu gruczołu krokowego, jako objaw cierpienia nerwowego, a nawet umysłowego, które tylko jako skutek wpływu odruchowego możemy sobie wytłómaczyć.

Co się tyczy leczenia gorączki cewnikowej, to pierwszorzędną rolę odgrywa ścisła aseptyka i najmożliwsza oględność przy wprowadzeniu narzędzi. Celem zapobieżenia napadowi gorączki, jak u niektórych chorych stale występuje, podajemy chininę, stosowaną oddawna z dobrym skutkiem w podobnych przypadkach. Podczas samych napadów chininy dawać niema potrzeby, gdyż ustają one bez wszelkiego leczenia. W przypadkach przepuszczających można w okresie bezgorączkowym spróbować chininy. W przypadkach o przebiegu przewlekłym, bezgorączkowym, nie wolno podawać większych dawek chininy, tylko mniejsze (0,1—0,2) dla podniecenia czynności serca: ten sam skutek mają i inne leki podniecające, jak odwar chininowy, wino, kawa.

Niekłamaną wartość zapobiegawczą ma też urotropina, którą należy wprzód podawać, a po dłużej trwających zabiegach miejscowych (n. p. badania cystoskopijne) należy przepłókiwać pęcherz 1‰ rozczynem azotanu srebrowego. Działalność ochronna urotro-

piny występuje wybitnie w przypadkach ośrodkowego porażenia pęcherza, gdzie istnieją wszystkie warunki dla zakażenia i mimo największej oględności nie można uchronić chorego od nieżytu pęcherza z powodu cewnikowania. Jeżeli zakażenie już nastąpiło, urotropina może przynajmniej zmniejszyć ilość i wstrzymać rozwój zarodków. Dawniej stosowane przetwory makowca należy podawać tylko w razie gwałtownej bolesności, parcia etc. W przypadkach zranień cewki po trudnem lub niezręcznie wykonanem sondowaniu, po wewnętrznej uretrotomii, albo niekiedy po litotrypsii należy chronić ściany cewki od stykania się z moczem zapomocą cewnika, założonego na stałe, który w tych przypadkach natychmiast usuwa gorączkę. Jeżeli chory tego nie znosi, pozostaje tylko sączkowanie pęcherza przez cystotomię.

Oprócz leczenia wewnętrznego i miejscowego nie należy zaniedbywać i leczenia ogólnego przez podawanie lekkich środków moczopędnych (woda bilińska itd.). Lekkie środki przeczyszczające (rzewień, senes, kaskara sagrada i wody gorzkie), jakoteż ciepłe kąpiele, lub takież zawijania, mają również doniosłe znaczenie. Przytem należy zwrócić baczną uwagę na odżywienie i pielęgnowanie chorego; chory powinien pozostać w łóżku, w równomiernie ogrzanym pokoju, na dyecie lekkiej, lecz pożywnej. Na wyłączną mleczną dyetę, jakkolwiek ta jest najodpowiedniejszą, chorzy niezawsze przystają. *Dr. J. Fels.*

Löhnberg. **Dwa przypadki ciał obcych w zatokach nosowych.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 45). Ciała obce w zatokach nosowych są wogóle rzeczą rzadką. Przypadki opisane dotyczą przeważnie ciał obcych w zatoce szczęki górnej; o ciałach w innych zatokach mamy skąpe wiadomości. L. opisuje dwa przypadki ciał obcych w zatokach nosowych. Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, u którego L. wyjął z nosa dość duży kawałek żelaza, który najprawdopodobniej dostał się tam w następujący sposób: przed 20-tu laty choremu na polowaniu pękła lufa i odłamek z niej ugodził go w oko tak, że oślepł; kawałek ten prawdopodobnie przebił boczną ścianę nosa i utkwił tam. Chory przyszedł po poradę z powodu polipów nosowych, które znajdowały się po tej samej stronie. Drugi przypadek dotyczył chorego, który w bójce został uderzony kluczem w czoło: rana, ztąd powstała, pomimo dłuższego leczenia nie chciała się zagoić. Przy badaniu L. znalazł, że rana drąży do prawej zatoki czołowej; rozszerzył w uśpieniu otwór i znalazł w zatoce kawałek filcu, który pochodził z kapelusza i został przy uderzeniu odcięty. *Dr. Teofil Zalewski.*

Hamm. **Przypadek gośćcowego zajęcia stawu żuchwowego.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 45). H. opisuje przypadek gośćca, w którym wyłącznie tylko prawy staw żuchwowy był zajęty; inne stawy, jakoteż staw żuchwowy lewy, były wolne. Chory skarżył się na ból w uchu prawem i na bolesność przy poruszaniu żuchwą. H. nie znalazł zmian w uchu, któreby mogły wyjaśnić bóle, zwrócił uwagę na staw żuchwowy, przedmiotowo też nic nie mógł wybadać; zaordynował salicylan sodowy; po 2,0 bóle zupełnie ustąpiły. W dwa miesiące później chory dostał bólów w stawach palców, które to dolegliwości po salicylanie sodowym ustąpiły. H. zwraca uwagę na to, że podobne zajęcie stawu żuchwowego może dać powód do pomyłek i radzi we wszystkich przypadkach, gdzie chory skarży się na ból w uchu, a przedmiotowo jednak zmian w uchu wykazać nie można, zwrócić uwagę i na staw żuchwowy; w ten sposób może nieraz znajdziemy przyczynę bólu w uchu, który uważaliśmy za nerwowy. Wogóle staw żuchwowy rzadko bywa zajęty w przebiegu gośćca; zajęcie wyłączne tylko tego jednego stawu i do tego tylko po jednej stronie należy do przypadków nadzwyczaj rzadkich. *Dr. Teofil Zalewski.*

Habermann. **Przyczynek do patologii głuchoniemoty.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 53). Najczęstszą przyczyną głuchoniemoty jest zajęcie błędnika przez sprawę, która rozszerzyła się z opon mózgowych, lub ucha środkowego. Mygind mówi, że ilość przypadków, gdzie głuchoniemota powstała tylko wskutek choroby ucha środkowego, jest bardzo mała, a Matte wprost wątpi, czy głuchoniemota może się rozwinąć tylko wskutek choroby ucho środkowego. H. podaje przypadek głuchoniemoty, gdzie tylko uchó środkowe było zajęte. Badanie za życia wykazało istnienie przewlekłego ropienia w jamie bębenkowej ze strony lewej; zmiany ze strony prawej wskazują na przebyte ropienie. Badanie pośmiertne wykazuje w obydwóch jamach bębenkowych nadmierny rozwój tkanki łącznej, która po stronie lewej pokrywa dość grubą warstwą wewnętrzną ścianę jamy bębenkowej tak, że okienek zupełnie nie widać. Tkanka łączna rozwinięta jest nadmiernie i na innych miejscach i unieruchomia częściowo kosteczki słuchowe, które nie są ze sobą złączone, a po stronie prawej nadto wyrostek długi kowadełka jest przyrośnięty do ścian kanału nerwu twarzowego. Po obydwóch stronach znajdują się w okolicy okienek wyrośle kostne, znacznie zwężające zagłębienie, w których znajdują się okienka. Badanie ucha wewnętrznego i nerwów słuchowych wykazało stosunki zupełnie prawidłowe. W jamie bębenkowej lewej znalazł H. prócz tego świeżą gruźlicę błony śluzowej. Pierwszy Panse wyraził zdanie, że zmiany w okolicy obydwóch okienek mogą powodować znaczną głuchotę. H. opisuje jeden przypadek, gdzie w błędniku żadnych zmian nie było, tylko obydwa okienka były zamknięte: częściowo kostnie, częściowo zaś zapomocą tkanki łącznej; chory ten był prawie zupełnie głuchy. Mygind mówi, że zmiany w okolicy okienek, szczególnie w okolicy okienka okrągłego, bardzo często się spotykają przy głuchoniemocie; okienko okrągłe było zajęte w $^1/_4$ przypadków, przeważnie kostnie zwężone.

Drugi przypadek dotyczył kobiety, która za życia cierpiała na upośledzenie słuchu; dokładnego jednak badania słuchu nie robiono. I w tym przypadku H. znalazł w obydwóch jamach bębenkowych liczne wyrośle kostne, które były usadowione na rozmaitych ścianach i zwężały znacznie same jamy bębenkowe. Okienko okrągłe było po obydwóch stronach zasłonięte wyroślami kostnemi, okienko owalne tylko po stronie lewej. Prócz tego błona śluzowa jamy bębenkowej po stronie lewej okazywała zmiany zapalenia przewlekłego. Same kości skaliste były nadzwyczaj twarde. Co do ucha wewnętrznego, to badanie nie wykazało zmian, któreby uważać można było za powstałe za życia. *Dr. Teofil Zalewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z II Walnego Zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy w dniu 24 listopada 1901 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu bez dyskusyi, przewodniczący prof. Jordan w zagajeniu wyraża żal, że mimo usilnych starań bardzo wielu jeszcze lekarzy do Towarzystwa nie należy, zaleca zatem zebranym agitowanie za powiększeniem liczby członków, gdyż tylko wtedy zdobywać można coraz większe korzyści dla całego stanu lekarskiego. Sprawozdanie Wydziału i kasowe przyjęto bez dyskusyi, uchwalając przez aklamacyę absolutoryum. Na wniosek Komisyi kontrolującej uchwalono również przez aklamacyę podziękowanie profesorowi szkoły handlowej w Krakowie p. Olesiowi za wzorowe założenie ksiąg kasowych i bezinteresowne pomaganie skarbnikowi w ich prowadzeniu. Do punktu »wnioski Wydziału« zabiera głos prof. Jordan, który, jako referent, wyłuszcza szczegółowo i objaśnia projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy, rozesłany poprzednio wszystkim członkom. Po długiej i obszernej dyskusyi, w której zabierali głos koledzy: prof. Ciechanowski, Rossberger, Weinsberg, Piórko, Sawicki, Grzybczyk, prof. Łazarski, Kunicki, Syrop, Flis i referent, przyjęto projekt »en bloc«; uchwalono przez aklamacyę podziękowanie dla prof. Jordana za wypracowanie go. Następny wniosek o dobrowolne opodatkowanie się na fundusz zapomogowy cofnął Wydział wobec sprzecznych zdań zgromadzonych, które się wśród dyskusyi wyłoniły. Natomiast przeszedł wniosek Wydziału o ściąganiu należytości za leczenie przez Towarzystwo, oraz regulamin udzielania pożyczek i zapomóg, opracowany przez Wydział. Na wniosek skarbnika uchwalono na następny rok administracyjny tę samą wkładkę miesięczną (1 kor.) i wpisowe (2 kor.).

Nastąpiły wybory. Jednogłośnie wybrani zostali: prezesem: prof. Jordan, I wiceprezesem: prof. Trzebicky, II wiceprezesem: Dr. Bogdanik z Białej, I sekretarzem: Dr Langie, II sekretarzem: Dr. Weinsberg, skarbnikiem: Dr. Słapa; większością głosów do Wydziału: Doc. dr. Braun, prof. Ciechanowski i dr. Schoengut; do komisyi kontrolującej: dr. Damski, Idziński i Schaitter; do sądu polubownego: dr. Hirsch Herman, Kohn, Lang, prof. Łazarski i Mączka.

Z powodu spóźnionej pory nad »wnioskami członków« nie dyskutowano, lecz odesłano wszystkie do Wydziału z poleceniem rozpatrzenia i opracowania. Wnioski te są następujące: 1) Żądać aby nie było wolno każdemu ubezpieczać się w kasach chorych; 2) Żądać wolnego wyboru lekarzy w kasach chorych; 3) Sprzeciwić się zakładaniu majsterskich kas chorych; 4) Wydział ma prawo ogłaszać regularnie nazwiska nowo przystępujących do Towarzystwa członków; 5) Corocznie mają być zwoływane dwa walne zgromadzenia, a najbliższe we Lwowie lub Czerniowcach; 6) Wydział ma się zająć rewizyą ustaw sanitarnych i czynić starania, by one były wykonywane; 7) Wydział ma się zastanowić nad nową taryfą za czynności sądowo-lekarskie i poczynić od-

powiednie wnioski, celem poprawienia jej na korzyść lekarzy; 8) Wydział ma się porozumieć z Izbą lekarską i Wydziałem Zjazdów lekarzy okręgowych, celem zwoływania walnych zgromadzeń Towarzystwa w te same dni dla oszczędzenia członkom czasu i kosztów; 9) Wydział ma poczynić starania celem uzyskania dla lekarzy zniżenia ceny jazdy koleją; 10) poleca się Wydziałowi zorganizować komisyę dziennikarską, któraby miała za zadanie stawać w obronie interesów ogólnolekarskich w dziennikach publicznych, nie fachowych lekarskich; 11) Towarzystwo założy protest przeciw zamierzonym przez Wydział krajowy oszczędnościom w wynagradzaniu lekarzy za szczepienie.

Do Towarzystwa przystąpili następujący nowi członkowie: prof. Browicz, drowie: Biesiadzki (z Pilzna), Cercha, Drożdż, Fürbeck, Gogulski, prof. Kader, drowie: Kirkor, Liebeskind, prof. Ponikło, drowie: Roth (z Krempny), Smorągiewicz (z Podgórza), Schmetterling (z Żywca), Zaleski (ze Złoczowa) i Zoll.

(Streszczenie protokółu) *Dr. Langie*, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

Po tych uwagach wstępnych, do których w ciągu dalszym przyjdzie nam się odwołać, przystępujemy do rozbioru samego sprawozdania. Dzieli się ono na sześć głównych działów:

I. Ruch ludności.
II. Zakłady humanitarne i lecznicze.
III. Ulomni, niepomieszczeni w zakładach.
IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.
V. Służba zdrowia.
VI. Parowe aparaty dezinfekcyjne.

Następuje rozdział zatytułowany „Publiczna ochrona zdrowia", wreszcie wspomniane wyżej „Wnioski Rady zdrowia" i cały szereg tablic statystycznych.

Przystępujemy do I. działu

I. Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

W. r. 1898. zawarto małżeństw 55.106., co w stosunku do zaludnienia znaczy 8·32‰. Jest to od kilku lat najniższa liczba, gdyż w r. 1893 zaw. małżeństw 58.745 tj. 8·88‰

„ 1894	„ „	56.147	„ 8·49‰
„ 1895	„ „	57.757	„ 8·70‰
„ 1896	„ „	56.028	„ 8.47‰
„ 1897	„ „	59·284	„ 8·90‰
„ 1898	„ „	55.106	„ 8·32‰

a jeśli uwzględnimy naturalny przyrost ludności, gdyż stosunek odsetkowy obliczano na podstawie spisu ludności z r. 1890 (6,867.380 mieszkańców, a w r 1898 obliczono ilość mieszkańców na 7,126.944.), to liczba ta wypadnie jeszcze mniejszą tj. 7·70‰. Jest to odsetek od 22 lat tj. od r 1876. najniższy; a że z wysokości jego wnosi się często o dobrobycie ludności, więc właśnie spadek tej liczby budzi obawę, że stosunki ekonomiczne Galicyi stają się coraz gorsze.

B. Urodzenia.

Liczba dzieci urodzonych w r. 1898 wynosiła 303.066; na 1.000 mieszkańców według spisu ludności z r. 1890 przypada zatem 45·9 urodzin, a uwzględniwszy przyrost ludności od tego czasu wypadnie tylko 42·5‰. Liczba ta znacznie mniejsza, niż była w r. 1897., a wogóle najniższa od r 1886[2]) gdyż w pięcioleciu od roku 1886—1890 wynosiła 44·1‰

„ „ „ 1891—1895	„	44·0‰
w roku 1896 —	„	44·9‰
„ „ 1897 —	„	44·3‰
„ „ 1898 —	„	42·5‰

Tylko w pięcioleciu od 1881—1895 r była niższą, wynosiła bowiem 40·1‰. Z zestawienia według powiatów okazuje się, że zmniejszenie to liczby urodzin dotyczy głównie Galicyi zachodniej, gdyż poniżej liczby przeciętnej dla całego kraju znajdujemy miasto Kraków i 40 powiatów, z tego 3/5 powiatów z ludnością polską, a tylko 2/5 z ruską. Powyżej liczby przeciętnej widzimy miasto Lwów i 37 powiatów, a z tych tylko 6 z ludnością polską, zaś 31 z ludnością ruską.

Pocieszającym jest fakt zmniejszania się ilości dzieci nieżywo urodzonych, która biorąc odsetkowo na 100 urodzin, spada z 2·75 na 2·24%.

Liczba dzieci nieślubnych wynosiła w Galicyi w r. 1898 36 835, tj. 5·57‰ ludności, a 12·1% ogółu urodzonych. W innych prowincyach państwa liczby te znacznie są niższe z tego powodu, że w Galicyi zalicza się do dzieci nieślubnych potomstwo małżeństw rytualnych izraelickich, gdyż małżeństwa takie prawnie nie są uznane za ważne. Dla przykładu przytaczamy liczby odpowiednie z r. 1897., gdyż dat z r. 1898 jeszcze nie mamy[3]).

	Ilość dzieci ślubnych wyz. chrześcian.	wyz. izrael.	Ilość dzieci nieślubnych chrześciańskich	izraelickich
w Czechach	183.756	1.918	29.966	32
w Galicyi żyw. urodz.	265.304	7.006	15.015	25.370

Liczba dzieci urodzonych przy pomocy położniczej (lekarza, lub położnej) wzrasta stale od r. 1895, w którym tę rubrykę po raz pierwszy wprowadzono. Porodów takich było w Galicyi w r. 1898 r. 70.474., czyli 23·2%, a więc mniej niż czwarta część wszystkich porodów; w r. 1897 liczba ta wynosiła 68 674. Dla porównania przytaczamy analogiczne liczby z r. 1897. z innych prowincyi państwa[4]) Na tysiąc porodów wogóle odbyło się przy pomocy położniczej przeszło 900 porodów w obu Austryach, Salzburgu i Tryeście z okręgami, w Tyrolu, Vorarlbergu, w Czechach, Morawie i Szlązku, między 800 a 900 porodów w Gorycyi i Gradysce, — między 700 a 800 porodów w Karyntyi i w kraju przylądkowym, — między 600 a 700 porodów w Krainie i Istryi, — 560 porodów w Styryi, 455 na Bukowinie, 312 w Dalmacyi; na Galicyę wypada najniższa liczba, bo tylko 230 porodów na tysiąc.

C. Śmiertelność

ludności zmniejsza się u nas stale od r. 1872. Wynosiła ona w pięcioleciu od r. 1872—1876 41·02‰ ludności

„ „ „ „ 1877—1881	35·05‰	„
„ „ „ „ 1882—1886	34·05‰	„
„ „ „ „ 1887—1891	32·07‰	„
„ „ „ „ 1892—1896	31·06‰	„
w roku 1897	30·05‰	„
„ „ 1898	29·74‰	„

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że fakt ten zmniejszania się śmiertelności przypisać należy ciągle postępującej asanacyi w kraju, za co władzom naszym sanitarnym, Sejmowi i wszystkim czynnikom szczera należy się wdzięczność. Musimy jednak stwierdzić, że jest to najwyższa liczba z całej monarchii, — na dowód przytaczamy odnośne liczby za rok 1897[5]). I tak: na tysiąc mieszkańców zmarło w Austryi dolnej 23·11 osób, wyższej 25·30, w Salzburgu 26·75, w Styryi 24·92, w Karyntyi 25·93, w Krainie 27·04, w Czechach 25·64, na Morawie 26·78, na Szlązku 28·98, na Bukowinie 27·88, w Dalmacyi 26·95, wreszcie w Galicyi 29.64. (Czerpiemy ze źródeł urzędowych powyższe liczby;

[2]) Patrz: Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach sanitarnych w Galicyi w r. 1896, z poglądem na ubiegłe lat 25 (1872—1896).

[3]) Patrz: Bewegung der Bevölkerung der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder im Jahre 1897, bearbeitet von dem Bureau der k. k. statistischen Central-Comission Wien 1900. (Odpowiednia publikacya za r. 1898 jeszcze nie wyszła).

[4]) Patrz: Bewegung der Bevölkerung i t. d. za rok 1897.

[5]) Bewegung der Bevölkerung i t. d.

nie umiemy jednak wytłómaczyć, dlaczego powyższa liczba dla Galicyi 29.64‰ jest niższą w publikacyi centralnej komisyi statystycznej, aniżeli podana w Sprawozdaniach galic. Rady zdrowia 30·05‰. W stosunku jednak do innych prowincyi niezmienia to w niczem faktu, że jest to liczba najwyższa ze wszystkich krajów.).

1. Śmiertelność podług wieku.

a) W pierwszym miesiącu życia zmarło w r. 1898 w Galicyi 26·055 dzieci, czyli 3·94‰ ludności (według spisu z r. 1890). Z ilości urodzonych w tymże samym roku 1898 zmarło w pierwszym miesiącu życia w całej Galicyi 8·6%, w Krakowie i powiecie Doliniańskim 5·4%, w powiecie Krosnieńskim 5·7%, Kolbuszowskim i Stryjskim po 6·2%, w mieście Lwowie 6·4%, w Krakowie więc były stosunki pod tym względem najkorzystniejsze. Znacznie gorzej przedstawiają się te liczby w innych, zwłaszcza wschodnich, powiatach, a najgorzej w powiecie Horodeńskim — 15·1%.

b) W pierwszym roku życia zmarło w r. 1898 w Galicyi 64 134 dzieci, czyli 9·7‰ ludności (z r. 1890). W stosunku jednak do ilości urodzonych w tym samym roku wynosi śmiertelność tych osesków za r. 1898. 22·3% a w r. 1897 była 21·5%. I tutaj, jak u dzieci jednomiesięcznych, największą śmiertelność wykazują powiaty wschodnie, okazujące także i wysoką liczbę urodzin.

c) Śmiertelność dzieci w pierwszych pięciu latach życia przedstawia za ostatnie 4 lata następująca tablica:

w r. 1895	umarło	121.380	czyli	18·3‰	ludności
„ „ 1896	„	112.801	„	17·2‰	„
„ „ 1897	„	108 849	„	16·4‰	„
„ „ 1898	„	105.558	„	15·9‰	„

Najwyższą śmiertelność okazują znowu powiaty wchodnie z wysoką liczbą urodzin. — Sprawozdanie czyni słuszną uwagę, że mimo zmniejszania się śmiertelności dzieci do lat 5, od lat czterech, zawsze jeszcze liczby te są bardzo wysokie. W każdym razie śmiertelność dzieci do lat pięciu w Galicyi się zmniejsza; a są prowincye państwa, w których ona, będąc już wyższą niż u nas, jeszcze wzrasta. Na dowód przytaczamy tu ustęp ze wspomnianej już publikacyi centralnej komisyi statystycznej za r. 1897 (str. XLIII): „Verhältnisse der Kindersterblichkeit liegen somit in den einzelnen Ländern sehr verschieden; der Abnahme in den meisten Ländern steht eine ganz erhebliche Zunahme in Oberösterreich, Salzburg, Voralberg und Schlesien gegenüber".

d) Śmiertelność w innych grupach wieku małym tylko uległa zmianom od r. zeszłego. Jedynie śmiertelność osób powyżej 50 lat jest w ostatnich dwóch latach zwiększoną.

Od r. 1895 nie znajdujemy w Sprawozdaniach Rady zdrowia rozdziału, który się poprzednio w tem miejscu znajdował p. t. „Przyrost naturalny ludności". W ustępie tym zestawiano liczbę urodzonych z ilością zmarłych, — przez co otrzymywano liczbę rocznego przyrostu ludności. Nie roszcząc sobie prawa do nieomylności, staraliśmy się poniżej uczynić to zestawienie[6])

Na tysiąc mieszkańców Galicyi (według spisu z r. 1890).

w roku	urodz. się	zmarło	przybyło więc
1890	—	—	11·6‰
1891	—	—	14·2‰
1892	—	—	9·8‰
1893	—	—	16·7‰
1894	43·8‰	33·3‰	10·5‰
1895	47·48‰	32·9‰	14·58‰
1896	47·56‰	30·7‰	16·86‰
1897	47·3‰	30.05‰	17·25‰
1898	45·8‰	29·74‰	16·06‰

Jak widzimy wahania przyrostu były dość znaczne; ale od czterech lat liczba przyrostu statecznie wzrastała, dopiero w ostatnim roku nieco spadła. W publikacyach centralnej komisyi statystycznej liczba przyrostu zbliża się o tyle więcej do rzeczywistości, że uwzględnia się tam także liczbę emigrantów; lecz liczba ta obliczona jest nie dokładnie; np. w r. 1897 miało wyemigrować z Galicyi tylko 8·845. Jest to liczba niewątpliwie za mała. Tak więc i z publikacyi centralnej komisyi statystycznej nie moglibyśmy otrzymać całkiem pewnej liczby przyrostu ludności. (Ciąg dalszy nast.).

6) Liczby te za lata 1890—1894 wyjęliśmy ze »Sprawozdania Rady zdrowia za rok 1894«.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 stycznia.

* Dowiadujemy się, że materyał słowny do Słownika lekarskiego został już wykończony Obecnie odbywa się ostateczna jego rewizya, po ukończeniu której niezwłocznie rozpocznie się druk tak że z końcem bieżącego, a najpóźniej z początkiem przyszłego roku Słownik ukaże się na półkach księgarskich.

* Tysiączną intubacyę wykonano w tych dniach w krakowskim szpitalu św. Ludwika dla dzieci; jest to statystyka prawdziwie wielkoszpitalna, dająca wszelkie prawo do decydujących wniosków o wartości tej operacyi.

* Lekarska Akademia paryska przyznała nagrodę im. Hugo za najlepszą pracę z zakresu historyi medycyny, ogłoszoną w ciągu ostatnich pięciu lat, dr. Melanii Lipińskiej, za jej dzieło p. t »Dzieje lekarzy-kobiet od czasów starożytnych do dni naszych«. Prócz nagrody pieniężnej, przysługuje pannie Lipińskiej prawo do tytułu: *Lauréat de l'Academie de médecine.*

* Donoszą nam, że p. Karol Jahr, dzierżawca apteki »pod Złotym orłem«, ofiarował na cele »Tow. samopomocy lekarzy« 50 kor., zamiast powinszowań noworocznych.

* »Gazette médicale de Paris« w Nr. 1-szym poświęca notatkę lekarzom w »Quo vadis«, w szczególności zaś Chilonowi Chilonidesowi, który praktykował za czasów Nerona, przepowiadał przyszłość i oddawał się wielu innym zajęciom, nie należącym do jego zawodu. Poważniejszym od Chilona miał być Glaucus. Gazeta zaznacza, że rozdziały powieści Sienkiewicza, w których jest mowa o lekarzach i o medycynie za czasów Nerona, godne są poznania

* Poseł Kindermann interpelował jeszcze w czerwcu ministra sprawiedliwości w sprawie nowej taryfy za czynności sądowo-lekarskie Odpowiedź ministra brzmiała jak następuje: 1) § 4. ustawy z r. 1891 obowiązuje Izby lekarskie do wydania na żądanie władzy opinii w sprawach, wchodzących w zakres ich działania, lecz wcale nie wyraża, ażeby rząd był obowiązany w każdej takiej sprawie zasięgać zdania Izb lekarskich. W przypadku dotyczącym wspomnianych taryf rząd udał się w myśl § 16 do Najwyższej Rady zdrowia, jako do organu orzekającego we wszystkich okolicznościach sanitarnych i w miarę możności zastosował się do jej wskazówek. 2) Udawanie się do trybunału 2-giej instancyi przy wymierzaniu należytości, przekraczających 10 K., nie sprzeciwia się prawu. 3) Ministeryum sprawiedliwości nie czuło żadnej potrzeby zmieniania taryfy, a miało na oku tylko chęć dogodzenia żądaniu stanu lekarskiego. Sędzia na podstawie swego bogatego doświadczenia jest kompetentny do ocenienia każdorazowej czynności sądowej lekarza, zarówno jak czynności znawcy w każdej innej dziedzinie. Zresztą ministeryum jest gotowe, jeśli w przeprowadzeniu tej taryfy znajdą się pojedyncze szkopuły, wziąść pod uwagę rzeczowo uzasadnione życzenia ogółu lekarskiego i pozytywne, w myśl § 4-go projekta Izb lekarskich.

Wątpić należy, by który z lekarzy uwierzył »in verba ministri«, że sędziemu wystarczy samo doświadczenie, ażeby ściśle mógł ocenić, ile pracy fizycznej i umysłowej wyłożyć musi lekarz w jednym lub drugim przypadku, gdzie idzie o wydanie orzeczenia, wymagającego zawiłych badań bakteryologicznych lub analitycznych; nie mniej nie trafi nikomu, znającemu rzecz, do przekonania, by w sprawie nowej taryfy za czynności sądowo-lekarskie należało zasięgać opinii nie Izb lekarskich, lecz najwyższej Rady zdrowia, dla której »aspera« życia prowincyonalnego lekarza, tak niejednakiego w różnych krajach koronnych, są absolutnie nie znane.

* Wobec zaniepokojenia młodzieży, uczęszczającej w Wiedniu i Pradze na Wydział lekarski, a sprzeciwiającej się jak wiadomo nowej

ustawie ministeryalnej o »rygorozach lekarskich« p. minister oświaty rozesłał okólnik do wszystkich dziekanów Wydziałów lekarskich, w którym wyłuszczył swe zapatrywania, mianowicie, że celem nowej ustawy rygorozalnej było poniekąd zniewolenie kandydatów przez zreformowanie metody egzaminacyjnej do studyów, mniej opartych na pamięciowej pracy książkowej, a więcej sa samoistnem myśleniu. i samodzielnem wnioskowaniu. Co się tyczy terminu, obowiązującego kandydata do składania egzaminu w oznaczonym okresie, to p. minister pozostawia dziekanom lojalne zużytkowanie przysługującego im prawa przedłużania tego terminu.

* »Časopis lékařů českých« rozszerza swoje ramy bez podniesienia przedpłaty. Redakcya dołączać będzie do czasopisma kwartalnik, poświęcony bibliografii słowiańskiej. p. t.: »Slovanská bibliografie lékařská a revue«. Pojedynczy zeszyt obejmować będzie do 10 arkuszy druku i zawierać będzie streszczenia wszystkich prac lekarskich, ogłoszonych w językach słowiańskich.

Tem więcej podnieść należy to wydawnictwo organu lekarzy czeskich, że jedyna bibliografia, która do pewnego stopnia uwzględniała prace słowiańskie, »Bibliografia medica« dra Baudouina, przestaje wychodzić dla braku poparcia.

* Związek niemieckiej prasy lekarskiej na ogólnem zgromadzeniu w Hamburgu powziął następujące uchwały: 1) Każda polemika ma być zakończona repliką zaczepionego autora; wyjątkowo po replice może być dany głos zaczepiającemu (duplika), lecz w każdym razie ostatnie słowo powinien mieć zaczepiony. 2) Replika i duplika mogą być odbite drobnym drukiem i pojawić się w dalszych rubrykach czasopisma. 3) Redakcyi przysługuje prawo przesłania rękopisu polemiki przed wydrukowaniem zaczepionemu autorowi.

* Podobnie jak to niedawno miało miejsce we Włoszech, zdarzyło się w St. Louis (Ameryka) 19 przypadków śmiertelnego tężca u dzieci, którym zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Surowica posiadała wszelką rękojmię dobrego wyrobu. Zarządzone na świnkach szczepienie wywołało również tężec. Rzecz zaczęła się wyjaśniać, gdy koń, który dostarczył surowicy ostatni raz 24 sierpnia, dostał tężca 1-go października i zaraz został zabity. Sprawa ta jest w toku naukowego badania.

* Dwóch czeladników w rzeźni berlińskiej, których obowiązkiem było wycinać z mięsa części, uległe gruźlicy, zapadło na wilka obu pięści: sprawa chorobowa klinicznie przedstawia się, jako gruźlicza; badanie naukowe ma to podejrzenie potwierdzić, lub zaprzeczyć.

* Szczepienie ospy w Niemczech jest od r. 1874 obowiązkowe i ściśle przestrzegane: wynik tego zarządzenia jest taki, że w ciągu 25 lat (1874—1899), w 285 miastach niemieckich z ludnością 16 milionów, umarło z ospy tylko 4 osoby. We Francyi, gdzie obowiązek szczepienia nie przestrzega się ściśle, w 116 miastach z ludnością $8^1/_2$ milionów. w jednym roku 1900 zmarło z ospy osób 6 0.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Ruyter mian profesorem tyt. w Berlinie. Doc. Jaeger mian. profesorem w Królewcu. Doc. Hahn otrzymał tytuł prof. nadzwycz. w Monachium. Tytuły profesorów otrzymali w Berlinie: dr. Meyer i dr. Sommerfeld. Prof zwyczajnym okulistyki w Uniw. moskiewskim mian. został dr. Krukow.

Nekrologia. Dr. Waleryan Wieliczko l. 78, zmarł w Warszawie. Dr. Axel Kay, b. prof. anatomii patol., zmarł w Stokholmie. Dr. Gugenheim, prof. laryngologii, zmarł w Paryżu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 52. Brudziński: O działaniu bismutozy w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Goldbaum: Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka. Wesołowski: Przypadek kamienia skórnego z niezwykłem umiejscowieniem.

— *Kronika lekarska* Z. 24. Wojciechowski: Leczenie przymiotu za pomocą merkuriolu Blomquista w workach (dok.). Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 1. M.: Walka z zakażeniem połogowem. Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa. R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.). R.: Z dziedziny fizyki i chemii. L.: Tamowanie krwi (dok.). — Różniczkowe rozpoznawanie ciąży prawidłowej od innych stanów chorobowych i ciąży patologicznej. Kohn: Higiena ust.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 1. Rubeška: O upotřebeni kaučukových balonů v porodnictwi. Štýrb: Pavor diurnus a pavor nocturnus u dĕti.

— *La Presse médicale* Nr. 104. Mantoux: Przepuszczalność objawu Argyll-Robertsona w wiądzie rdzenia. Masselin i Moizard: Usposobienie osobnicze z punktu widzenia skłonności narządów do zakażeń. — Nr. 1. Raymond: Porażenie obwodowe n. twarzowego. Przypadek porażenia twarzowego z jednoczesnem porażeniem VI pary.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Schlesinger i Weichselbaum: Choroba przewodu pokarmowego, wywołana liszkami much (*Myiasis intestinalis*). Passini: O bakteryach w jelitach wytwarzających granulozę. Grassberger i Passini: Znaczenie reakcyi jodowej dla rozpoznania bakteryologicznego. Zuppinger: Przyczynek do etyologii odmy piersiowej u dzieci.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Klemperer: O powstawaniu i zapobieganiu strącania się kw. szczawiowego w moczu. Wolff: O czynnej ruchliwości leukocytów. Lion: O nowej metodzie leczenia samoistnej padaczki. Lubliński: Leczenie obrzękłej muszli dolnej w przebiegu zapalenia błony śluzowej nosa na tle naczynioruchowem. — Nr. 1. Freund: Nieprawidłowości klatki piersiowej, jako czynnik usposobiający do suchot płucnych i rozedmy. Pfeiffer i Friedberger: O ciałach przeciwdziałających istotom bakteryolitycznym ochronnym wobec cholery. Appelbaum: Badania krwi suchotników. Menzer: O zapaleniu gardła, gośćcu stawowym, rumieniu węzłowatym i zapaleniu płuc, oraz uwagi nad etyologią chorób zakaźnych. Ehret i Stolz: O doświadczalnem zapaleniu przewodów żółciowych na tle samozakażenia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 1. Kolle i Martini: O dżumie. Bendix i Bickel: Krytyczny przyczynek do nauki o glikolizie. Kürmöczi: Czy z obrazu hematologicznego można uczynić ściśle rozpoznanie niedokrewności złośliwej? Schmieden: O wartości teoryi urazowego pochodzenia guzów i o jednym wyleczonym przypadku środkowego mięsaka olbrzymiokomórkowego w kości goleniowej. Nehrkorn: Czasowa kolostomia w przebiegu czerwonki przewlekłej. Kellner: O obojnactwie bocznem.

Redakcya otrzymała: Franta: Boubele měchožilowe v těhotenstwi, za porodu a v šestinedĕli. M. L. Jakubowski: Kronika szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie (1876—1900). Higier: 1) Uwagi w sprawie »Myastheniae paroxysmalis angiosclerotica«. 2) Zur Klinik der Schweissanomalien bei Poliomyelitis anterior (spinale Kinderlähmung) und posterior (Herpes Zoster). 3) Weiteres zu Klinik der Tay-Sachs'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie. Freund: 1) Ein Instrument zur chirurgischen Naht. 2) Dermatomyiasis. 3) Die Verwendung der Spannungselectricität zur Behandlung von Hautkrankheiten. 4) Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 stycznia, o godz. 6 wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.